

***MANEJO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS (HUFT) DE LA CIUDAD
DE SANTA MARTA EN EL AÑO 2014***

Wendy Diazgranados Gómez

***UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTA MARTA D.T.C.H***

2016-I

***MANEJO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
EN EL HOSPITAL UNIVERITARIO FERNANDO TROCONIS (HUFT) DE LA CIUDAD
DE SANTA MARTA EN EL AÑO 2014***

Wendy Diazgranados Gómez

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA

***Asesora De Tesis
Tatiana Gonzales Noguera
Mg de enfermería de la Universidad Nacional***

***UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA IX SEMESTRE
SANTA MARTA***

2016-I

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Miembro Comité de Investigación

Miembro Comité de Investigación

DEDICATORIA

Dedico con toda mi alma y amor a Dios, este proyecto ya que él fue el que me ayudo en todos los momentos de mi vida en mis triunfos y en mis necesidades. Hoy ha puesto en mi mente y en mi ser la profesión de enfermería el cual me ha enseñado al transcurrir del tiempo que hay que luchar para ser más que vencedores.

Doy gracias a mis padres porque con esmero hicieron de mí una persona íntegra de principios y valores por la que han luchado por darme lo que hoy en día soy.

A mis amigos y conocidos que me apoyaron, convirtiéndose ellos en misioneros de Dios en mi camino dándome fortalezas, hicieron los momentos de pregrado inolvidable, que nunca olvidare y llevare en mi corazón.

A

Mis maestros, íntegros quienes inculcaron en mí. Los valores de la vida y el amor, el ser hoy en día un profesional con calidad.

A todos los auxiliares de enfermería de las instituciones de salud de Santa Marta quienes con amabilidad, paciencia y tolerancia, me enseñaron a formarme, con destreza y habilidad en los procedimientos y en el cuidado de enfermería.

WENDY DIAZGRANADOS GOMEZ

AGRADECIMIENTO

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Katherine Álvarez, Gina Álvarez, Jesica Díaz, Álvaro López, Madizon Mejía, Arlenis Munive, Eyisel Peña, María Teresa Puerta, Abner Rudolf, José Tinoco, Miriam Varela Y Estefanía Vinasco. Por su compañerismo, amistad y apoyo incondicional.

Ediltrudis Ramos, Tatiana González Y Diana Calvo por apoyarnos nuestro proceso formativo, ser ejemplo de inteligencia, sencillez, amor a la profesión y humildad.

A los directivos de la institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Santa Marta del Hospital Universitario Fernando Troconis (HUFT). Por permitirnos aplicar la lista de chequeo, a los profesionales de la salud del área de psiquiatría.

TABLA DE CONTENIDO

<i>CONTENIDO</i>	<i>Pag.</i>
DEDICATORIA _____	4
AGRADECIMIENTOS _____	5
INTRODUCCIÓN _____	7
1. JUSTIFICACIÓN _____	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	13
3. OBJETIVO	
3.1 OBJETIVO GENERAL _____	15
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO _____	15
4. MARCO DE ANTECEDENTE _____	16
5. MARCO LEGAL _____	19
6. MARCO TEORICO _____	21
7. MARCO CONCEPTUAL _____	38
8. METODOLOGÍA _____	41
9. RESULTADOS _____	44
10. DISCUSIÓN _____	75
11. CONCLUSIÓN _____	78
12. REFERENCIA _____	79
13. ANEXOS _____	80

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud informa que la seguridad del paciente es un gran problema de salud pública en todo el mundo. Se calcula con mucha exactitud que en los países desarrollados puede que uno o incluso dos de diez pacientes sufran algún tipo de daño en su estadía en el centro médico, ya sea por la mala atención o la mala calidad del servicio.

De igual forma la OMS crea la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) en la cual Las principales acciones de la Alianza Mundial están dirigidas a mejorar aspectos específicos de la seguridad del paciente. Pretendiendo ser fuente de aprendizaje en los países y en el mundo para lograr una atención sanitaria más segura. El objetivo de la taxonomía es definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación internacionalmente acordada. Esto ayudará a recolectar, agregar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente de un modo que permita el aprendizaje y el mejoramiento del sistema.¹

Reconocemos que la seguridad del paciente y la calidad de atención son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria y han sido la clave de la recuperación y el bienestar. La prestación del servicio y la calidad asistencial seguirán siendo unos pilares fundamentales para los pacientes y familias que desean sentirse seguros y confiados de recibir una atención con mucha eficacia, dado que los daños causados por un mal manejo de atención pueden ocasionar graves problemas en la recuperación del paciente.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.²

Por esa razón la implementación de una nueva disciplina que aborda y enfatiza el reporte, análisis y prevención de las posibles y palpables fallas ocasionadas en la atención a los usuarios en el HUFT de la ciudad, que como consecuencia se convierten en Eventos Adversos haciendo que cada día se nos dé una oportunidad para evaluar, y la búsqueda de la mejora continua en la Política de Seguridad del Paciente en la institución, es por esto, la realización de este trabajo de investigación realizado por los estudiantes del VIII semestre de enfermería de la Universidad del Magdalena de la ciudad de Santa Marta, nos dimos en la tarea de realizar una evaluación por medio de una lista de chequeo. Este proyecto va encaminado a la concientización de los trabajadores del área de psiquiatría, pabellón hombre y mujer.

Se escogió este personal para implementar este formato de verificación, de seguridad del paciente calculando de forma cuantitativa los ítems que se muestran en el anexo.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presentan.³

En el mundo desarrollado se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah y Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres y Dinamarca y el en el mundo de habla hispana se destacan los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.

Estudio APEAS y ENEAS ³

En un primer estudio, realizado hace dos años, financiado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se analizó la frecuencia y tipo de estos efectos adversos en pacientes hospitalizados. Esta investigación, conocida como estudio ENEAS1, ha tenido una importante repercusión tanto dentro como fuera de nuestro país, por tratarse de uno de los estudios de mayor alcance realizados a nivel mundial.

En esta segunda investigación se ha abordado el análisis de la frecuencia y tipo de los EA en Atención Primaria. Debe destacarse que se trata de uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud, abarcando una amplia muestra de consultas de medicina y de enfermería. Se ha llevado a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas y en la misma han participado, de forma voluntaria y desinteresada, 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería. En total se han analizado los datos de 96.047 consultas.

Los resultados que se ofrecen en este informe ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de EA es baja y, además, predominan los de carácter leve. A pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial.

La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año. La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad.

Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio. La etiología (causa/as) de los EA es multicausal.

En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. La consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, y no es nada despreciable la infección relacionada con los cuidados en Atención Primaria. Una cuarta parte de los EA no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria.

Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica ⁴

Principales resultados del estudio de prevalencia La prevalencia global de pacientes con algún EA fue de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%. Las variables que explican que un paciente presente un EA un día dado son: el servicio donde está ubicado (menor riesgo en servicios médicos), la complejidad del hospital donde es atendido, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o co-morbilidad. El 10,95% de los EA tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio (posiblemente ese porcentaje sea mayor), afectando sobre todo a menores de 15 años. Es necesaria una buena coordinación entre niveles asistenciales y un seguimiento al alta eficaz para detectar posibles complicaciones. Estos EA previos al ingreso suelen provocar la hospitalización.

Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 EA más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EA identificados. Sería necesario establecer estrategias dirigidas a la minimización de la infección nosocomial, que constituye el conjunto de EA más prevalente identificado en el estudio.

El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días. Un 18,2% de los EA causaron un reingreso. Las variables que explican el impacto que tiene un EA sobre el estado de salud del paciente o el gasto de recursos (tiempo de hospitalización o nuevos ingresos) son: la edad del paciente, el pronóstico de la enfermedad principal, el tiempo que permanezca ingresado, que esté ubicado en un servicio quirúrgico o UTI, que el EA haya ocurrido durante un procedimiento, antes del ingreso o al alta y que se trate de una infección nosocomial, una complicación de un procedimiento o un error o retraso en el diagnóstico. Un 60% de los EA se consideraron evitables.

De los dos grupos que suponen dos tercios del total de EA identificados, casi el 60% de las infecciones nosocomiales y el 55% de los problemas relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado.

La mejor forma de prevenir ésta serie de eventos adversos es contar con un protocolo de seguridad del paciente bien instaurado. EL Hospital Universitario Fernando Troconis (HUFT), es la única institución del estado que ofrece servicios de atención y rehabilitación de las enfermedades mentales. Con la ampliación del Plan Obligatorio de Salud en Salud mental

entrado en vigencia desde el pasado Primero de Enero de 2012, se hace énfasis en la necesidad de incluir tratamientos más integrales y menos excluyentes para la rehabilitación de la Enfermedades Mentales. El servicio de Psiquiatría está disponible para una población de más de cuatrocientos quince mil doscientos setenta habitantes como es la de Santa Marta y una población total del Departamento del Magdalena de casi un millón cuatrocientos mil habitantes, estamos hablando de una sola institución pública con 94 camas, en donde trabajan cinco de los ocho psiquiatras con que cuenta el departamento ⁵.

Es decir, el (H.U.F.T) es una de las instituciones de salud que debería contar con el protocolo de seguridad del paciente bien instaurado, por la alta demanda que posee en comparación a su oferta, de tal modo que pueda brindar una atención optima, cumpliendo los debidos protocolos instaurados en la ley, para así preservar la integridad y calidad de vida del paciente psiquiátrico.

La universidad del Magdalena en pro de contribuir al fortalecimiento de la atención en salud, impulsa a sus estudiantes de enfermería a realizar proyectos de extensión en las áreas donde realicen sus prácticas universitarias. El servicio de psiquiátrica requiere de un protocolo de seguridad del paciente que cumpla con las normas de la ley 100 de 1993 del Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSSS); Por tal motivo el presente estudio busca describir las características de distintas actividades que se generan en el servicio de psiquiatría, siendo éste el primer paso para fomentar un cambio en el cuidado.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.⁶ Por ende esta misma se considera como objetivo clave, para el desarrollo de actividades que garanticen la calidad de los servicios de atención prestados por las instituciones de salud, a la vez tomado como un marcador de satisfacción hacia los mismos, tanto por el paciente y familiar.

Hasta pocos años se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención. Sin embargo, la atención en salud es compleja por las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que aporta el desarrollo de la ciencia y la tecnología; esta complejidad hace de la atención en salud un riesgo para los pacientes y una necesidad de proporcionarles seguridad, incluyendo este tema como parte fundamental del quehacer de las organizaciones dedicadas al cuidado en salud. Por esta razón surge la necesidad de reforzar y enfatizar en las instituciones de salud, la creación de programas enfocados a la seguridad del paciente, estableciendo métodos evaluativos de los mismos, al personal de salud, como medida de mejoramiento de las falencias durante el desarrollo de los mismos y el reforzamiento de las medidas efectivas tomadas como método preventivo, para la aparición de efectos adversos durante la prestación de servicios.

A nivel internacional, según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países elevados costos anuales.⁷ , por lo que se considera a la seguridad del paciente como medida alternativa, para evitar, un aumento en los costos de la atención en salud y el gasto innecesario de los recursos hospitalarios, por complicaciones prevenibles, con una adecuada atención del paciente, reforzando aún más la importancia de la creación de políticas, procedimientos, actividades e intervenciones relacionadas con esta misma.

En un estudio realizado en Cali, titulado “Proyecto seguridad del paciente del hospital psiquiátrico universitario del valle e.s.e.¹³”, muestra que el evento Adverso que fue catalogado por los encuestados como el de mayor impacto para el año 2012 en la Institución fue la agresión con un puntaje de 33 personas que consideraron como el más relevante de los Eventos ocurridos en el año 2012, ocupando el segundo lugar las caídas con una votación de 15 encuestados y el tercer lugar lo ocupó la evasión con 5 respuestas por último el error en medicamento, haciendo

un paralelo con los datos proporcionados para los eventos reportados vemos que la agresión en verdad ocupa el primer lugar como Evento Adverso en el año 2012.⁵

En el ámbito nacional, nos encontramos con falta de información y estadísticas sobre el tema tratado, esto es atribuible al poco interés que se le ha dado a la temática desde su aparición en el ámbito de la salud en el 2003 hasta su presente auge en 2013 y 2014.

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.⁷

Es importante implementar en los hospitales y clínicas programas de Seguridad del Paciente, con el fin de dar continuidad al sistema de gestión de la calidad debido a que este apoya a mejorar la calidad de la atención puesto que busca disminuir la incidencia de eventos adversos, controlar los incidentes y minimizar los riesgos y en esta forma brindar una atención en salud segura a los usuarios teniendo como resultado un incremento en la satisfacción de estos.⁸

Hay que resaltar que este es el comienzo de un camino arduo y difícil, de mejora, y esta no puede empezar antes de valorar en donde estamos, y cuál es nuestra actual situación en cuanto a lo que seguridad del paciente se refiere. Es importante comenzar a recolectar información que nos permita elaborar un diagnóstico para ver la problemática central, priorizar para distribuir recursos y adaptar las intervenciones según el grado de gravedad.

Por tal motivo el presente trabajo, busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el manejo que se le da a la seguridad del paciente en el servicio de psiquiatría del hospital Fernando troconis?

OBJETIVO GENERAL

Describir el manejo de la seguridad del paciente por los enfermeros en el servicio de psiquiatría en el Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta en el año 2014

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar que en las historias clínicas se evidencien los datos de registro de la fecha y la hora de atención o ingreso de los pacientes, que los medicamentos se almacenen, organicen y rotulen de forma ordenada, que los equipos biomédicos estén ordenados, limpios o esterilizados para su utilización, que el lavado de mano se realice de forma correcta antes y después de cada procedimiento, que dentro del área psiquiátrica se cumple con las normas de descontaminación para no haya algún tipo de infección, que el pabellón psiquiátrico cumpla con las normas de señalización establecida, que se clasifiquen los residuos y desechos de acuerdo a las normas establecida, que el carro de paro se encuentre bajo llave, con los medicamentos correctos y con fecha no vencida y los equipos biomédicos conectados a la toma, que la ambulancia cumpla con todos requisitos establecidos en las normas, mediante la lista de verificación titulada ronda de verificación del paciente.

ANTECEDENTES

El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Error es humano".⁵

En el año 2004 se creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" por el director de la OMS, la cual tiene el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.⁶

Teniendo en cuenta que el tema de la seguridad del paciente tomo auge en todo el mundo, Europa publicó el informe: "Una Organización con Memoria"⁹, seguido de múltiples planes de acción, como el documento llamado "Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente".¹⁰ publicado en Julio del 2006 en España, donde se presenta el primer análisis detallado de sucesos en seguridad del paciente de salud mental jamás realizado por un sistema de información de incidentes. Con el fin de lograr una mejor comprensión de la seguridad del paciente y para ayudar a reducir los riesgos el sector sanitario la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente ha establecido un observatorio de seguridad del Paciente en colaboración con gran número de socios dentro y fuera del National Patient Safety Agency.¹⁰

Con la reforma realizada a la Constitución Política de Colombia, en 1991, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio y con la implementación de la Ley 100 de 1993, se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, en su Artículo 186, norma que fue ratificada por el Artículo 42 de la Ley 715 de 2001. Con la tendencia mundial de calidad en salud en Colombia se materializa con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en su decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen de la atención prestada a los pacientes.¹²

Avances significativos en la estrategia de seguridad del paciente¹²:

- Resultados obtenidos en cuanto al cierre de instituciones y consultorios de profesionales independientes que no cumplían con los requisitos básicos de habilitación.
- Aumento de más de 750 verificadores en los diferentes diplomados del país.
- Reporte por más de 750 instituciones de eventos adversos normada por la resolución 1446 de 2006.
- Las primeras publicaciones en la página Web del Ministerio de la Protección Social de los resultados iniciales de los indicadores de calidad normados por la resolución 1446 de 2006.

En el 2008, el Ministerio de la Protección Social de Colombia crea el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente, titulado “lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente”, donde se establecen unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar:

- Enfoque de atención centrado en el usuario.
- Cultura de Seguridad.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Multicausalidad.
- Validez.
- Alianza con el paciente y su familia.
- Alianza con el profesional de la salud.⁷

Durante éste mismo año Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas prácticas en Seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica.”⁸

Estudios realizados para valorar la seguridad del paciente en Colombia:

-Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención.¹² Medellín, Colombia. 2008. Por: Diana Lopez Valencia, Sandra Rios Villegas, Luz Velez Escobar. Donde se realiza una descripción general de las políticas y estrategias propuestas en Colombia y tres países líderes en el abordaje de la problemática sobre la seguridad del paciente y proponer unas guías de auto evaluación que permita a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) conocer el grado de cultura de seguridad del paciente en el cliente interno, externo e institucional.

- Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente¹¹. Bogotá, Colombia. 2011. Por: Olga Janneth Gómez Ramírez, Amparo Soto Gámez, Alejandra Arenas Gutiérrez, Jennifer Garzón Salamanca, Adriana González Vega y Erika Mateus Galeano. Donde se examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura.

- Proyecto seguridad del paciente del hospital psiquiátrico universitario del valle e.s.e.¹³ Cali, Colombia. 2013 Por: Garzon Rodriguez Viviana, Lopez Ramirez Jorge Ivan, Muñoz Alvear Claudia Lorena, Suarez Medina Gloria Ines. Donde se Determinar las causas de los eventos adversos ocurridos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E en el año 2013.

- Lista de chequeo ronda de seguridad codigo-lpgscms01314. Bogotá, Colombia. 2013; diseñada por la empresa social del estado: Hospital de Nazaret I Nivel. Donde se busca explorar las características de distintas actividades realizadas en el servicio. Esta lista de chequeo es la utilizada en el presente proyecto investigativo como instrumento de valoración.

MARCO DE ETICO LEGAL

Resolución N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.⁹

La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en Investigación de la institución.⁹

- Declaración de Helsinki, La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.¹¹

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.¹⁰

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o

internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.¹¹

MARCO TEORICO

El registro de la historia clínica se realiza en el Sistema de Información para el Manejo de los Servicios Integrales de Salud (SIMSIS). En los casos que se suspenda el fluido eléctrico o haya inconvenientes con el acceso al sistema, se hará el registro en los formatos establecidos para tal fin. Una vez se restablezca el sistema o el fluido eléctrico debe realizarse el registro pertinente en el sistema de información.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible y en los casos que se utilicen formatos físicos sin tachones, enmendaduras ni intercalaciones; sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas no autorizadas por el Comité de Historias Clínicas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en que se realiza, con el nombre completo, firma del autor de la misma y sello¹⁴.

¿Cómo Usar las Fichas del Sistema de Referencia y Contra referencia?

Parte A:

- va con el paciente que se refiere a otro nivel de atención.
- Una copia hecha con papel carbón, debe quedar en el establecimiento que origina la referencia.

Parte B:

- Esta parte del formato es llenada por la persona que atendió la referencia.
- Retorna al establecimiento o comunidad de origen para ser ubicada en la respectiva historia de atención y para hacer el seguimiento.
- Una copia hecha con papel carbón quedará en el establecimiento de salud que atendió la referencia.

Organización

- En cada establecimiento todo el personal debe estar informado de la prioridad de atención que requiere este tipo de pacientes.
- El personal de TRIAJE y EMERGENCIA es responsable para dar primera prioridad a pacientes que son referidos.
- El Médico que atiende al paciente es responsable de cumplir con la contrarreferencia (Parte B).
- Cada establecimiento archiva las hojas A+B para la evaluación trimestral del sistema.
- Orientar a la comunidad (Promotores) sobre el funcionamiento del sistema.
- Dar atención prioritaria a los pacientes quienes son referidos.¹⁴

ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS

Para la implementación de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) de los medicamentos, se convierte en un medio para controlar y evaluar las condiciones y prácticas del personal involucrado en el almacenamiento, el cumplimiento de las normas, mantener y garantizar la calidad, la conservación y el cuidado de los medicamentos y dispositivos médicos durante su permanencia en el almacén, bodega o farmacia, conservando las condiciones de eficacia y seguridad requeridas por el fabricante, incluso hasta cuando el medicamento es entregado al usuario final.

Para su cumplimiento deben estar definidos cuatro componentes: La infraestructura, el recurso humano, el ordenamiento y la gestión administrativa^{15b}.

La utilización de los catéteres intravenosos periféricos en pacientes de urgencias es de alta frecuencia.

Como toda técnica invasiva tiene sus riesgos y complicaciones, entre ellas, flebitis y trombosis, alterando en algunos casos la evolución del paciente y prolongando la estancia hospitalaria con el correspondiente incremento en el costo de la atención.

El avance en los últimos veinte años ha sido marcado, al introducir materiales que causan menor reacción a nivel local, disminuyen la colonización de bacterias y notoria reducción en el calibre de la cánula periférica. A pesar de los avances obtenidos, no se ha logrado establecer un protocolo de manejo de los catéteres venosos periféricos que ofrezca seguridad en la disminución de complicaciones al colocar un catéter periférico; lo único que es cierto es que el estricto uso de la técnica aséptica en la realización del procedimiento disminuye las complicaciones. Otras medidas, tales como, colocación de apósitos de gasa frente a apósitos transparentes, cambio periódico del catéter y curación 24 horas posterior a la inserción, no aseguran la ausencia de flebitis y reacciones en el sitio de inserción.

Todo depende de la duración del tratamiento endovenoso, del grado de actividad del paciente, las condiciones de la piel y del número de inserciones ya realizadas.

¿Dónde se suele colocar?

Dorso de la mano: Tiene la ventaja de que daña mínimamente el árbol vascular; pero permite diámetros menores de catéter, limita el movimiento y puede variar el flujo según la posición de la mano.

Antebrazo: Muy cómoda para el paciente y garantiza un flujo constante; sin embargo, causa un mayor daño al mapa venoso del miembro superior.

Flexura del codo: Admite mayores diámetros de catéter y su canalización es fácil. Presenta el inconveniente de que el daño que causa al árbol vascular es importante y, además, puede variar el flujo según la posición del brazo.

Colocación:

Hay una serie de pautas comunes:

Limpia la zona

Antiséptico

Colocar intravascularmente el catéter (variará según la vena y técnica elegida).

Comprobar el reflujo de sangre

Fijar adecuadamente

Cubrir con apósito.¹⁶

La clasificación más frecuente de los psicofármacos los divide en 3 grandes grupos aunque existen muchas más sustancias que podrían incluirse dentro del grupo de psicotrópicos:

- Ansiolíticos, Antidepresivos, Antipsicóticos o neurolepticos.

II. ANSIOLITICOS

-Fármacos capaces de reducir la ansiedad, facilitando mecanismos inhibidores en el ámbito cerebral.

Grupos de fármacos ansiolíticos:

a) Benzodiacepinas.

b) Otros ansiolíticos.

A) BENZODIACEPINAS

Consideraciones generales:

- Aparecen por primera vez en la década de los 50.
- Además del efecto ansiolítico tiene también un efecto hipnótico y de relajación muscular.
- A dosis bajas tienen efectos ansiolíticos.
- A dosis altas tienen efectos hipnóticos.
- Son fármacos depresores del SNC.
- Su mecanismo de acción: se unen a receptores específicos e incrementan la actividad del neurotransmisor inhibidor GABA.
- Tipos: se diferencian por su farmacocinética en 2 grandes grupos:
 - Benzodiacepinas de larga duración: $t_{1/2} > 12 \text{ h}$.
 - Benzodiacepinas de corta duración: $t_{1/2} < 12 \text{ h}$.

Benzodiacepinas de larga duración:

- Se acumulan produciendo sedación excesiva.
- Tienen pocos efectos derivados de la retirada.
- Su metabolismo hepático produce metabolitos activos, siendo los ancianos la población más sensible por lo que debe ajustarse al máximo las dosis.

Benzodiacepinas de corta duración:

- No originan metabolitos activos ya que la duración de sus efectos no depende de la biotransformación hepática.

Las benzodiacepinas pueden producir adicciones y síndrome de abstinencia por lo que deberían aplicarse a la menor dosis eficaz posible durante el menor tiempo posible (no superar los 4-6 meses) y no debe nunca suspender bruscamente el tratamiento sino ir reduciendo la dosis de forma progresiva (4 a 8 semanas)

Las sobredosis (es uno de los fármacos más utilizados en intentos de suicidio) se pueden tratar con Flumazenilo.

INDICACIONES:

- Tratamiento a corto plazo de la ansiedad
- Ataque de pánico.
- Ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

- * Somnolencia, Confusión, Ataxia, Mareo, Sedación, Cefalea, Desorientación.
- Estos efectos secundarios hay que observarlos más especialmente en ancianos.
- Avisar al paciente de que puede sufrir amnesia anterograda (olvido de acontecimientos recientes)
- Abstenerse de conducir o manejar maquinaria peligrosa.

CONTRAINIDCACIONES Y PRECAUCIONES GENERALES:

Están contraindicadas en:

- Pacientes alérgicos, Pacientes con miastenia gravis, Pacientes en coma o estado de shock, Pacientes con intoxicación etílica, Embarazadas, Lactantes y niños.

Se deben administrar con precaución en:

- Pacientes con historial de drogodependencias, Pacientes con insuficiencia respiratoria grave, Ancianos.

Su consumo junto con otros depresores del SNC (alcohol) pues potencian los efectos depresores¹⁷.

Equipo Biomédicos

Dispositivo médico para uso humano: Se entiende por dispositivo médico para uso humano, cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad;
- b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia;
- c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico;
- d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción;
- e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido;
- f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

Los dispositivos médicos para uso humano, no deberán ejercer la acción principal que se desea por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos¹⁸.

EL LAVADO DE MANOS

Se realiza con el fin de disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos con eso evitamos contagiarnos de enfermedades y complicar la salud del paciente.

Tipos de lavados de manos: hay tres tipos de lavado de manos.

- Lavado de manos Social: Es la remoción mecánica de microorganismos que se realiza con agua y jabón, remueve la flora transitoria.

- se debe realizar antes de realizar cualquier actividad diaria, el jabón preferiblemente líquido y debe durar aproximadamente quince minutos.

Lavado de manos Clínica: Se realiza al inicio y al terminó de la jornada, después de haber realizado una actividad que haya tenido relación con algún fluido corporal, sangre, entre otras¹⁹.

TECNICAS DE LAVADO QUIRURGICO DE MANOS:

1. El lavado quirúrgico de manos consta de tres tiempos.
2. El lavado es de diez minutos de manera escrupulosa.

3. Los movimientos en uñas y codos se realiza 20 veces, en las otras áreas se efectúan diez veces.
4. Se efectúa un lavado inicial médico o higiénico, consiste en lavarse las manos hasta el tercio inferior del brazo con agua y enjuagarse.

PRIMER TIEMPO.

Tome el cepillo estéril y vierta suficiente jabón sobre del mismo, dejándolo que corra a la mano y antebrazo y parte inferior del brazo

1. empezar a cepillarse con movimientos circulares la palma de la mano (10 veces).
2. Continuar con los dedos y espacios interdigitales.
3. Se continúa con el orden lateral de la mano y dedo meñique, continuando con los espacios ungueales hasta el borde lateral del dedo pulgar y mano.
4. Continuar con el dorso de la mano iniciando con los dedos (del dedo pulgar al meñique).
5. Se continúa con el dorso.
6. Se continúa con movimientos circulares en muñeca.
7. Parte media del antebrazo.
8. Parte superior del antebrazo.
9. Parte inferior del brazo en sus caras anterior y posterior todo esto con movimientos circulares.
10. Se termina en el codo (20 veces) se deja el jabón y se enjuaga el cepillo, se vierte jabón y se realiza el procedimiento en la mano opuesta.

SEGUNDO TIEMPO.

Enjuagar la primera mano, entrando y saliendo del agua de la regadera sin regresar, dejando escurrir el agua de mano a codo, repita la técnica del tiempo número a, hasta el tercio superior del antebrazo. Enjuague el cepillo y realice la técnica en la opuesta.

TERCER TIEMPO:

Enjuague el cepillo y la mano que se lavó y repita el procedimiento hasta el tercio inferior del antebrazo (muñeca).

- Repita el procedimiento del lado opuesto.
- Enjuague el cepillo y lo colóquelo en la artesa, proceda a enjuagarse primero un brazo de mano a codo saliendo y entrando dejando escurrir el agua, enjuague el otro brazo de la misma manera.
- Pase a la sala de operaciones con las manos en alto a la altura de los ojos.

Proceda a secarse la mano empezando por los dedos, espacios interdigitales, palma, dorso, antebrazo y codo, voltee la toalla y seque la otra mano, de la misma manera.

- Deseche la toalla y colóquela en el lugar indicado.

- Proceda a vestir la bata estéril²⁰.

Infecciones intrahospitalaria

Las infecciones intrahospitalaria también son la consecuencia del mal manejo del lavado de mano por esta razón es importante que se practique el buen uso adecuado del lavado de mano; Deben considerarse también como IIH, las adquiridas por el personal de la unidad de salud y por los visitantes, siempre que se logre identificar la cadena de transmisión, el germen de la enfermedad y el foco a nivel institucional.

La infección intrahospitalaria, aparece como consecuencia de la interacción agente, huésped y medio donde muchas circunstancias están en contra del huésped, como la inmunodeficiencia que puede estarse presentando a causa del estrés por la hospitalización o la patología que causó su internación al igual que los procedimientos invasivos y los tratamientos inmunosupresores a los cuales puede estar siendo sometido.

Agentes: Cualquier agente infeccioso puede ser el causante. Los más frecuentemente implicados son las bacterias, los bacilos Gram negativos y los cocos Gram positivos en su orden, aunque también se describen IIH por hongos y virus.

Modo de transmisión:

- **Por contacto directo:** En la cual hay transferencia física directa de un microorganismo desde una persona infectada a una susceptible. (Persona - Persona).

- **Por contacto indirecto:** Contacto de la persona susceptible con un objeto contaminado como vendas, ropas, sondas, instrumental, monitores, pudiéndose incluir las gotas de secreciones nasales y respiratorias y los aerosoles. (Objeto - persona).²¹

ARTICULO 28. LA SEÑALIZACION.

La señalización será definida según las necesidades y características particulares de cada institución prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta los siguientes colores indicativos de cada servicio:

- Servicios de Dirección y Administración: Violeta

- Servicios de Consulta Externa: Naranja

- Servicios de Urgencias: Rojo

- Servicios de apoyo a las actividades de Diagnóstico y Tratamiento: Amarillo

- Servicios Quirúrgicos, Obstétricos y de Esterilización: Verde

- Servicios de Hospitalización: Azul

- Servicios Generales: Café

La señalización deberá ser colocada en áreas de circulación con el fin de que los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud identifiquen los diferentes servicios.

PARAGRAFO. Para el diseño de accesos, áreas de circulación y salidas, deberá darse cumplimiento a las disposiciones reglamentarias sobre protección del minusválido contempladas en la Resolución No. 14.861 del 4 de octubre de 1985 expedida por el Ministerio de Salud²².

De acuerdo a la ubicación de los desechos o residuos; Algunos recipientes son desechables y otros reutilizables, todos deben estar perfectamente identificados y marcados, del color correspondiente a la clase de residuos que se va a depositar en ellos.

Se ha evidenciado la necesidad de adoptar un código único de colores que permita unificar la segregación y presentación de las diferentes clases de residuos, para facilitar su adecuada gestión.










Es así como en este Manual se adopta una gama básica de cuatro colores, para identificar los recipientes como se establece más adelante. No obstante lo anterior, quienes adicional a los colores básicos utilicen una gama más amplia complementaria lo pueden hacer.

El Código de colores debe implementarse tanto para los recipientes rígidos reutilizables como para las bolsas y recipientes desechables.

A excepción de los recipientes para residuos biodegradables y ordinarios, los demás recipientes tanto retornables como las bolsas deberán ser rotulados como se indica más adelante en este manual.

En el siguiente cuadro se clasifican los residuos y se determina el color de la bolsa y recipientes, con sus respectivos rótulos.²³

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS, COLOR DE RECIPIENTES Y RÓTULOS RESPECTIVOS

NO PELIGROSOS Reciclables Chatarra	Toda clase de metales	 Gris	Rotular:  RECICLABLE CHATARRA
NO PELIGROSOS Ordinarios e Inertes	Servilletas, empaques de papel plastificado, barrido, colillas, icopor, vasos desechables, papel carbón, tela, radiografía.	 Verde	Rotular con: NO PELIGROSOS ORDINARIOS Y/O INERTES
PELIGROSOS INFECCIOSOS Biosanitarios, Cortopunzantes y Químicos Citotóxicos	Compuestos por cultivos, mezcla de microorganismos, medios de cultivo, vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de gases utilizados en áreas contaminadas por agentes infecciosos o cualquier residuo contaminado por éstos .	 Rojo	Rotular con:  RIESGO BIOLÓGICO
PELIGROSOS INFECCIOSOS Anatomopatológicos Y animales	Amputaciones, muestras para análisis, restos humanos, residuos de biopsias, partes y fluidos corporales, animales o parte de ellos inoculados con microorganismos patógenos o portadores de enfermedades infectocontagiosas	 Rojo	Rotular con:  RIESGO BIOLÓGICO
QUÍMICOS	Resto de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos.	 Rojo	 RIESGO QUÍMICO

Algo que es muy importante tener en cuenta donde se ubica el carro de paro del servicio cumpliendo con la normas y el estándares de calidad en salud.

Básicamente, los elementos que debe tener un Carro de Paro y de emergencias vitales son las siguientes:

COMPARTIMIENTO SUPERIOR

Sector del carro de paro que debe contener un Monitor Desfibrilador, tubo con gel conductor, electrodos para monitor cardiaco.

CAJON FARMACOS

Sector del Carro de Paro y emergencias destinado a guardar los fármacos ordenados de acuerdo a su prioridad de uso.

Adrenalina, Atropina, Lidocaína, Amiodarona, Dopamina, Adenosina, Isoproterenol, Verapamilo, Cedilanid, Sulfato de Magnesio (MgSO₄), Bicarbonato de Sodio (NaHCO₃), Hidrocortisona, Aminofilina, Betametasona, Furosemida, Glucosa 30%, Diazepam, Midazolam, Flumazenil, Nitroglicerina, Ampollas de Suero Fisiológico.

CAJON VIA CIRCULATORIA O ENDOVENOSA

Compartimiento destinado a guardar los insumos que permitan obtener un acceso venoso seguro y faciliten la administración de medicamentos endovenosos.

Jeringas de 3cc, Jeringas de 5cc, Jeringas de 10cc, Jeringas de 20cc, Equipos de Fleboclisis, Teflones n°24, 22, 20, 18, 16 y 14, Catéteres endovenosos (“scalp vein”) n° G21, Aguja n° G21 y n° G19, Llave de 3 pasos (o alargador venoso), Tela adhesiva, Apuradores de Suero, Torundas y frasco con alcohol.

CAJON VIA AEREA

Compartimiento que contendrá material para vía aérea avanzada y oxigenoterapia.

Bolsa de ventilación manual con mascarilla tamaño adulto y pediátrico (AMBU) con tubo para conexión a oxígeno incorporado, Laringoscopio con hojas largas y cortas y pilas de repuesto, Máscaras de oxígeno

Conexiones de oxígeno, Cánulas nasales (nariceras) tamaño adulto y pediátrico, Cánulas Mayo de distintos tamaños, Cánula de yankauer. Tubos Endotraqueales n°3, 4, 4,5, 5, 5,5, 6, 6,5, 7, 7,5, 8, 8,5, Guías o conductores para TET, Vendas para fijar el tubo endotraqueal.

Sondas de aspiración n° 12,14, 16, Guantes estériles, Sondas Nasogástricas n°12,14 y 16, Jeringa de 60cc

CAJON SOLUCIONES Y OTROS

Solución Fisiológica 0,9% matraces de 100, 250, 500 y 1000cc, Ringer Lactato matraces de 500cc, Glucosa al 5% y 10% matraces de 250 y 500cc, Haemacell® u otro expansor plasmático matraces de 500cc, Tijeras, Tórulas, Apurador de suero, Alcohol, Tabla MCE Tubo Oxígeno portátil, Máquina aspiración.²³

La dotación del servicio tiene que cumplir con todas las situaciones que se presenten al exterior de la institución, Las ambulancias se clasifican de acuerdo con su ámbito de servicio:

a) Ambulancia de transporte asistencial básico (TAB): Unidad móvil destinada al transporte

y/o asistencia de pacientes cuyo estado real o potencial no precisan cuidado asistencial médico durante la atención y el transporte.

b) Ambulancias de transporte asistencial medicalizado (TAM): Unidad móvil destinada al transporte y/o asistencia de pacientes cuyo estado potencial y/o real es de riesgo y requieren equipamiento, material y personal médico durante la atención y el transporte.

Las ambulancias constan de dos áreas principales denominadas compartimento del conductor y compartimento del paciente, las cuales deben ser independientes, y delimitados total o parcialmente garantizando como mínimo la comunicación visual y auditiva entre sí a través de acceso directo, ventana ó puerta (no plegables), de fácil limpieza y desinfección, lisa, impermeable, sólida y uniforme, teniendo en cuenta que se debe garantizar la privacidad en la atención del paciente.

Las ambulancias y los equipos contruidos bajo estas especificaciones deben diseñarse sobre vehículos comerciales. Las modificaciones necesarias para adecuar los vehículos para este servicio de transporte de pacientes no deben afectar el comportamiento mecánico del mismo.

El diseño general de las ambulancias debe tener en cuenta condiciones de orden: topográficos, vial, climáticos y demás características propias de la zona geográfica donde prestará el servicio, sin omitir las disposiciones contenidas en esta norma.²⁴

MARCO CONCEPTUAL

Existe un amplio marco conceptual en lo concerniente a seguridad del paciente, desde lineamientos internacionales hasta políticas nacionales que buscan articular todos los programas de seguridad del paciente de modo que se reduzca el riesgo de producir daño durante la atención en salud, esto incluye componentes tan importantes como las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente que incluyen una serie de lineamientos que la organización ha tomado en cuenta en el desarrollo de dicho programa a fin de lograr los mejores resultados en la atención, de acuerdo a lo anterior es importante tomar en cuenta el siguiente glosario de términos²⁵:

PELIGRO: es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: Evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios.

ERRORES: actos involuntarios por hacer lo incorrecto (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

INFRACCIÓN: es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

FALLAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN: El daño asociado a la atención sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

EFFECTOS ADVERSOS: lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial más que por la condición médica o enfermedad subyacente del paciente.

INCIDENTE DE SEGURIDAD: acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad. Son también llamados “casi errores”, situaciones al límite del error, error potencial.

FACTOR CONTRIBUYENTE: circunstancia o acción que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un evento adverso o que actúa como factor de riesgo para que éste se produzca. Pueden relacionarse con factores externos a la organización sanitaria, con la propia organización sanitaria (fallos del sistema), con el personal sanitario (error humano) o con el paciente.

EVENTO CENTINELA: acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte o daños físicos o psicológicos graves o el riesgo de que se produzcan.

IMPACTO: resultado o efectos del error o de los fallos del sistema referidos a la lesión producida al paciente. Los resultados o daños para el paciente pueden dividirse en enfermedad o su complicación, lesión, sufrimiento o discapacidad.²⁵

PREVENCIÓN Y PLANES DE CONTINGENCIA: medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos o para mejorar su detección precoz.²⁶

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA: La infección intrahospitalaria (IIH) es aquella que no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle un procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente.²¹

RESIDUOS NO PELIGROSOS: Son aquellos producidos por el generador en cualquier lugar y en desarrollo de su actividad, que no presentan riesgo para la salud humana y/o el medio ambiente. Vale la pena aclarar que cualquier residuo hospitalario no peligroso sobre el que se presuma él haber estado en contacto con residuos peligrosos debe ser tratado como tal.

RESIDUOS PELIGROSOS: Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos; los cuales pueden causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente.²³

AMBULANCIA TERRESTRE: Vehículo de emergencia autorizado para transitar con prioridad de acuerdo con la condición del paciente y acondicionada de manera especial y exclusiva para el transporte de pacientes, con recursos humanos y técnicos calificados para la atención y beneficio de aquellos. Es un vehículo automotor y como tal está regido por las normas nacionales pertinentes, expedidas por el Ministerio de Transporte, sin poseer ningún beneficio adicional al designado en esta definición. Por tanto, no tiene ninguna prerrogativa diferente a la de ser un vehículo con circulación prioritaria²⁴.

QUE ES PSIQUIÁTRIA: la rama de la medicina, que se ocupa del estudio, diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátrica como patológica psíquica, entre las que se incluyen trastornos de la personalidad.²⁹

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo transversal.

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS: Este tipo de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales, de corte, de prevalencia, etc. Independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. A su vez sabemos que pueden ser clasificados en transversales y longitudinales.²⁷

CORTE TRANSVERSAL: porque en este estudio se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Describiendo variables y analizando su incidencia e interrelación en un momento dado.²⁸

ENFOQUE CUANTITATIVO: ya que “usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”²⁸

UNIVERSO

Todos los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que laboren en el Hospital Fernando Troconis (HUFT).

POBLACIÓN

Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería pertenecientes al servicio de psiquiatría del Hospital Fernando Troconis (HUFT). Un total de 49 trabajadores, conformados por 36 auxiliares de enfermería (20 perteneciente al pabellón de hombres, 13 al pabellón de mujeres y 3 pertenecientes al pabellón de UAICA), 7 enfermeras y 6 médicos generales.

MARCO MUESTRAL

Muestreo no probabilístico por conveniencia: Procedimiento de selección informal (...) Desde la visión cuantitativa, es su utilidad para determinar diseño de estudio que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con ciertas características especificadas(...) la elección de los sujetos no depende que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador que recolecta los datos.²⁸

MUESTRA

Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería encuestados, un total de 49, los cuales laboran en la institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Santa Marta, quienes cumplen con los criterios de inclusión del estudio, en el año 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que laboren en el servicio de psiquiatría del Hospital Fernando Troconis.
- Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que muestren voluntariedad y firmen el consentimiento informado.

INSTRUMENTOS

Lista de verificación: titulada “Ronda de seguridad. CODIGO-LPGSCMS013-1”, validez desde el 24 de octubre de 2013; diseñada por la empresa social del estado: Hospital de Nazaret I Nivel. Bogotá, Colombia; consta de 10 ítems: registro en la historia clínica, medicamentos, equipos biomédicos, medidas de bioseguridad, lavado de manos, señalización, disposición de residuos, carro de Paro, ambulancia, otros. Las preguntas pertenecientes a cada ítem deben responder escogiendo entre las opciones: sí, no o a veces. Además cada pregunta tiene un espacio para escribir las observaciones del verificador.

Variables

La variable dependiente es el manejo de la seguridad del paciente, la cual posee 10 ítems anteriormente mencionados.

Hipótesis

El personal al realizar la lista de verificación, dejaría en evidencia las deficiencias en las distintas actividades del área psiquiátrica.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Contando con la previa autorización para la realización del proyecto investigativo en la institución de salud, se procedió a implementar el instrumento de investigación, el cual fue seleccionado por el programa de enfermería de la facultad de salud de la universidad del Magdalena, para la realización del proyecto de extensión de la cátedra de psiquiatría de los estudiantes de VIII semestre.

Al Personal seleccionado anteriormente descrito se le expuso el fin de la investigación, cuál era el papel que cumplían en ésta y por medio del consentimiento informado se les informó de sus derechos y deberes, siempre y cuando desearan acceder a la misma.

El personal que firmó el consentimiento informado se le entregó la lista de verificación para que fuese auto-administrable dándole las siguientes instrucciones:

- la lista no debía ser marcada con el nombre, solo se debe especificar la institución, el servicio y el cargo.
- El tiempo máximo para llevar a cabo la lista son 20 min.
- La lista debe llenarse de forma individual.

- La información consignada debe ser acorde a la situación actual del servicio.

TABULACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

Terminada la recolección de la información se tabulo lo obtenido por la lista de verificación en el programa Excel, clasificando y graficando las preguntas por ítems, subsiguientemente se examinó cada grupo de preguntas y se describió lo observado en porcentajes, por último se hizo un análisis global entre cada ítems y se confirmó la hipótesis.

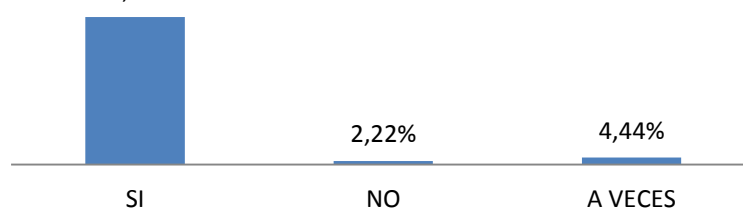
RESULTADOS

GRAFICAS ENCUESTAS PSIQUIATRIA 2014

1. REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

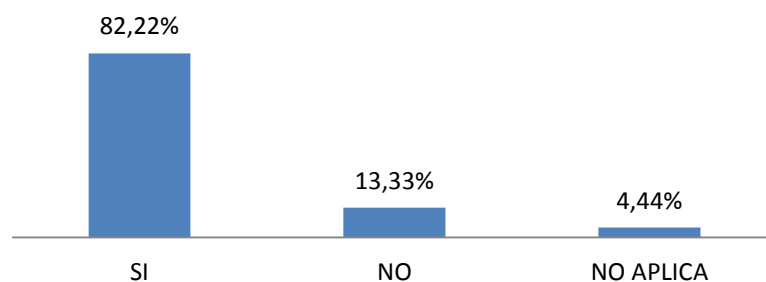
1.1 ¿Se registra la fecha y hora de atención?

■ Cuenta de ¿Se registra la fecha y hora de atención?1
93,33%



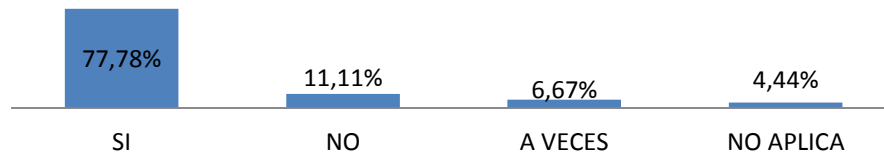
1.2 ¿Se registra la foliación completa?

■ Cuenta de ¿Se registra la foliación completa?



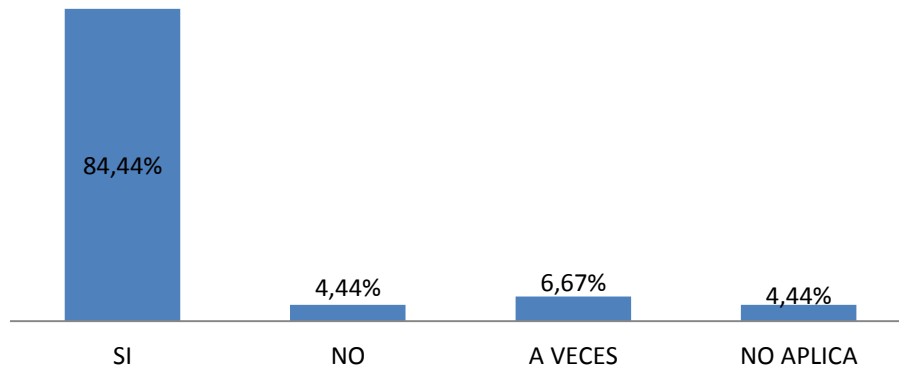
1.3 ¿Se registra la anamnesis, enfermedad actual y motivo principal de la atención?

■ Cuenta de ¿Se registra la anamnesis, enfermedad actual y motivo principal de la atención?



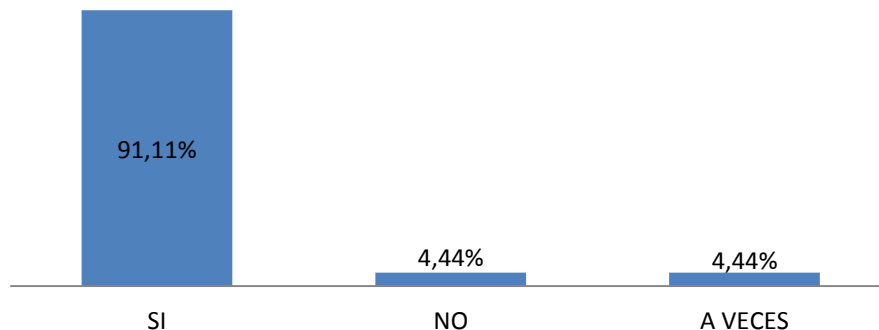
1.4 ¿Se registran los antecedentes?

■ Cuenta de ¿Se registran los antecedentes?



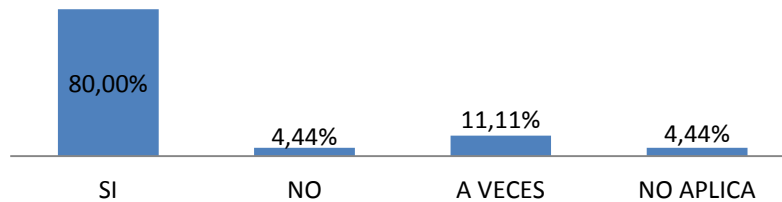
1. 5 ¿Se registra el examen físico?

■ Cuenta de ¿Se registra el examen físico?



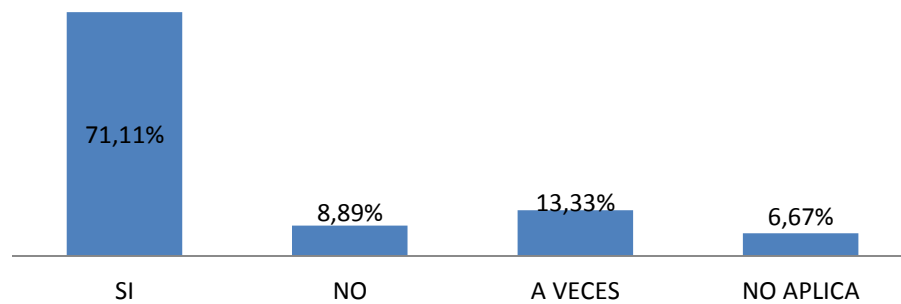
1.6 ¿Se registran los diagnósticos?

■ Cuenta de ¿Se registran los diagnósticos?



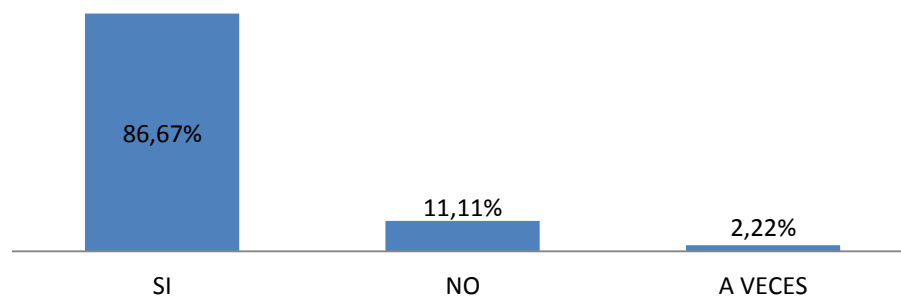
1.7 ¿Se registran los exámenes auxiliares?

■ Cuenta de ¿Se registran los exámenes auxiliares?



1.8 ¿Se registra la terapéutica y/o procedimientos?

■ Cuenta de ¿Se registra la terapéutica y/o procedimientos?



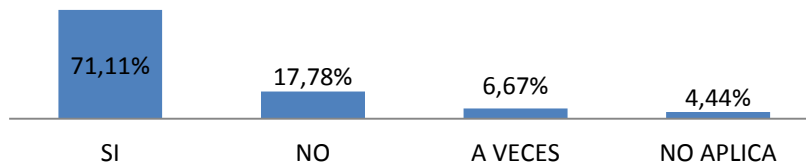
1.9 ¿Se registra la fecha y hora de alta?

■ Cuenta de ¿Se registra la fecha y hora de alta?



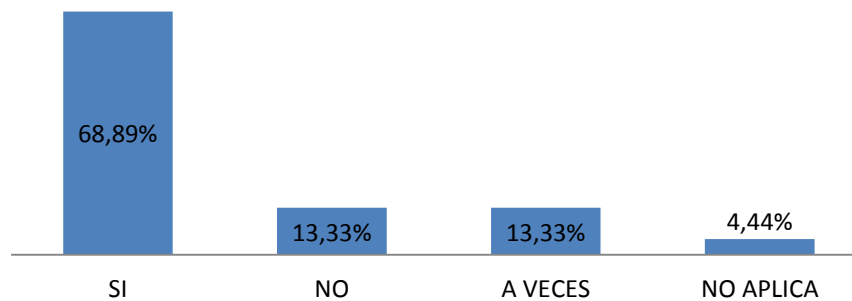
1.10 ¿Se registra el destino del paciente?

■ Cuenta de ¿Se registra el destino del paciente?



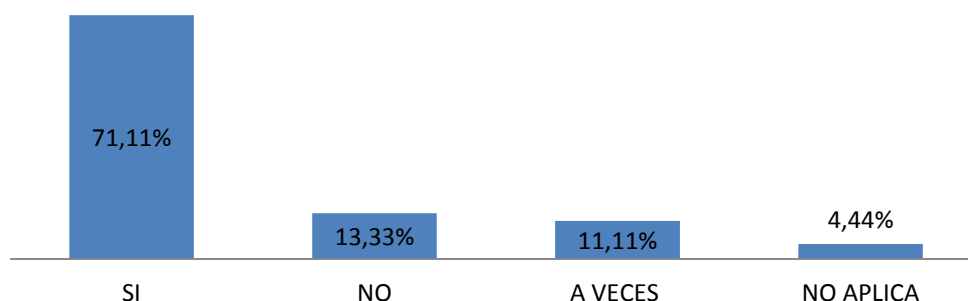
1.11 ¿La letra es legible?

■ Cuenta de ¿La letra es legible?



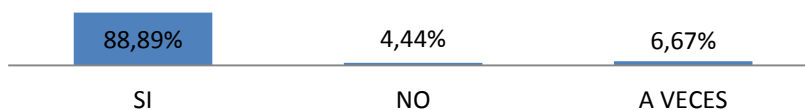
1.12 ¿Existe orden y pulcritud en la historia clínica?

■ Cuenta de ¿Existe orden y pulcritud en la historia clínica?



1.13 ¿Se llenan los formatos de contrarreferencia en aquellos pacientes pertenecientes a otra jurisdicción?

■ Cuenta de ¿Se llenan los formatos de contrarreferencia en aquellos pacientes pertenecientes a otra jurisdicción?

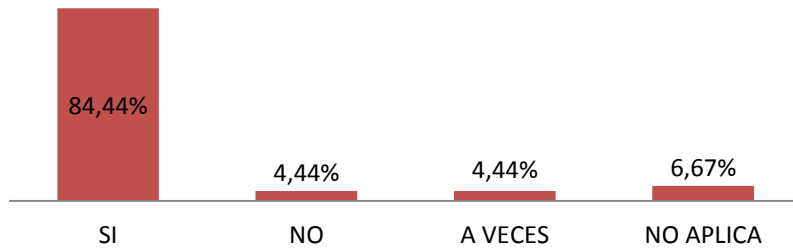


En cuanto al registro de historia clínica se evidencio que un 95,56% si registra la fecha y hora de alta (gráfica 1.1); un 93,33% si registra la fecha y hora de atención (gráfica 1.2); un 91,11% si registra el examen físico (gráfica 1.3); un 88,89% si llena los formatos de contra referencia en aquellos pacientes pertenecientes a otra jurisdicción (gráfica 1.4); un 86,67% si registra la terapéutica o los procedimientos (gráfica 1.5); un 84,44% si registra los antecedentes (gráfica 1.6); un 82,22% registra la foliación completa (gráfica 1.7); un 80,00% si registra el diagnostico (gráfica 1.8); un 77,78% si registra la anamnesis, enfermedad actual y motivo principal de la atención (gráfica 1.9); un 71,11% considera que si existe un orden y pulcritud en la historia clínica (gráfica 1.10); un 71,11% si registra los exámenes auxiliares (gráfica 1.11); un 71,11% si registra el destino del paciente (gráfica 1.12); y un 68,89% si tiene una letra legible (gráfica 1.13).

2. *MEDICAMENTOS*

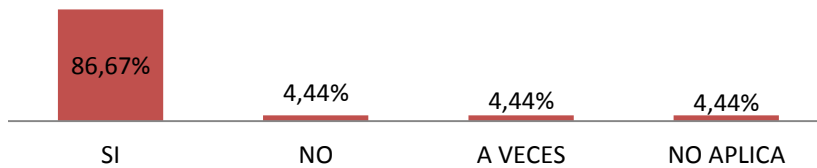
2.1 ¿El almacenamiento de medicamentos es adecuado?

■ Cuenta de ¿El almacenamiento de medicamentos es adecuado?



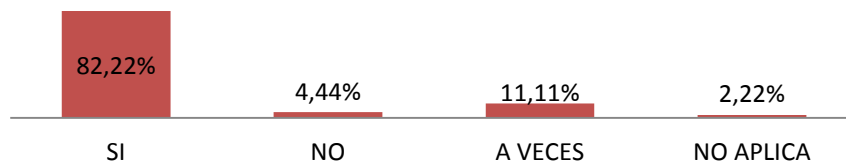
2.2 Existe un orden en el almacenamiento de medicamentos?

■ Cuenta de ¿Existe un orden en el almacenamiento de medicamentos?



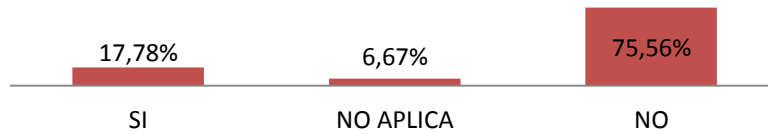
2.3 ¿Los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados?

■ Cuenta de ¿Los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados?



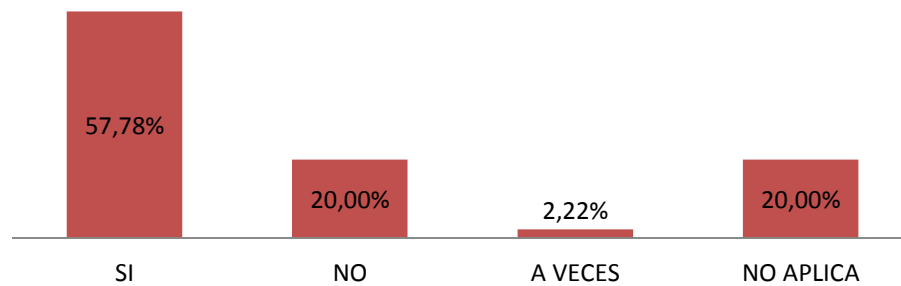
2.4 ¿Los medicamentos o materiales en uso están vencidos?

■ Cuenta de ¿Los medicamentos o materiales en uso están vencidos?



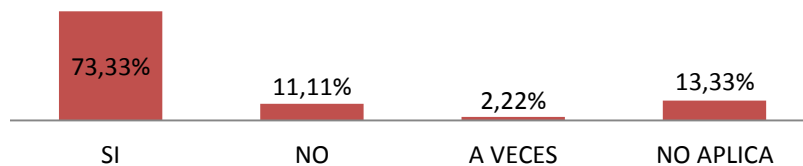
2.5 ¿Los catéteres están permeables y en circuito cerrado?

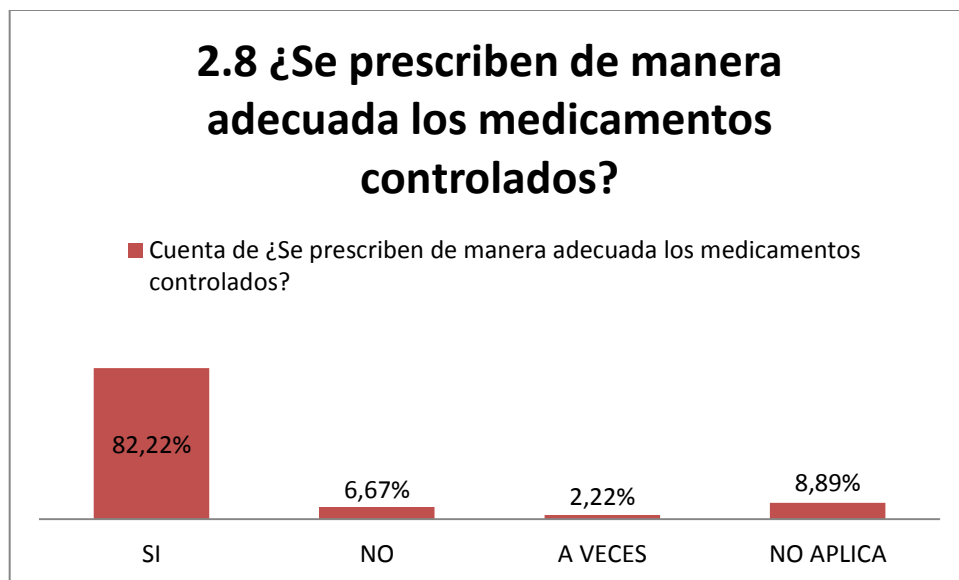
■ Cuenta de ¿Los catéteres están permeables y en circuito cerrado?



2.6 ¿Los catéteres están adecuadamente colocados y fijados?

■ Cuenta de ¿Los catéteres están adecuadamente colocados y fijados?



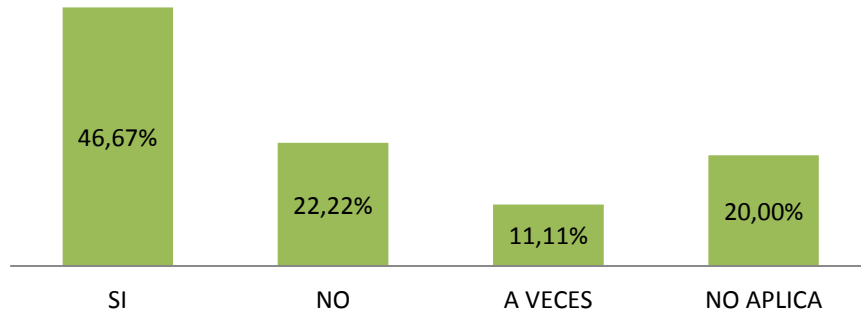


En cuanto medicamentos se evidencio que un 86,67% considera que si existe un orden en el almacenamiento (gráfica 2.1); un 84,44% si almacena adecuadamente los medicamentos (gráfica 2.2); un 82,22% considera que Se prescriben de manera adecuada los medicamentos controlados (gráfica 2.3); un 82,22% considera que los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados(gráfica 2.4); un 75,56% considera que no están vencidos los medicamentos o materiales en uso (gráfica 2.5); un 73,33% considera que Los catéteres si están adecuadamente colocados y fijados (gráfica 2.6); un 66,67% considera que Las conexiones si están libres de acodaduras (gráfica 2.7); y un 57,78% considera que Los catéteres si están permeables y en circuito cerrados (gráfica 2.8).

3. EQUIPOS BIOMEDICOS

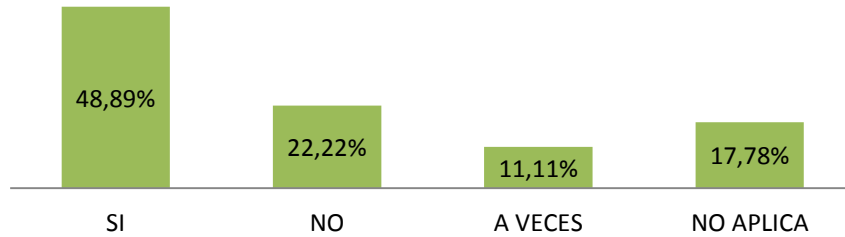
3.1 ¿Equipo conectado a la toma?

■ Cuenta de ¿Equipo conectado a la toma?



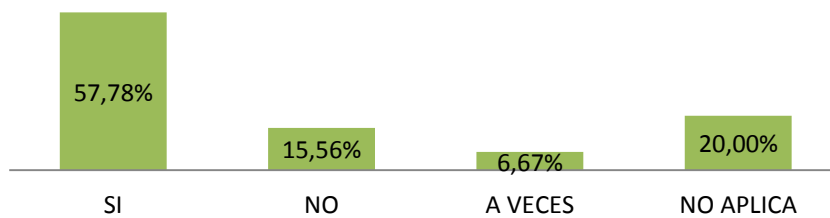
3.2 ¿El equipo tiene la batería cargada?

■ Cuenta de ¿El equipo tiene la batería cargada?



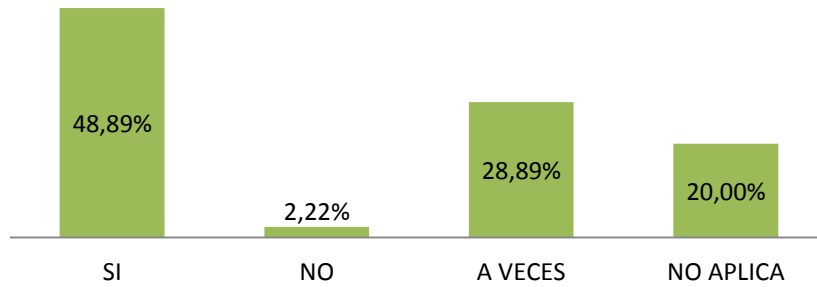
3.3 ¿Los accesorios están debidamente recogidos?

■ Cuenta de ¿Los accesorios están debidamente recogidos?



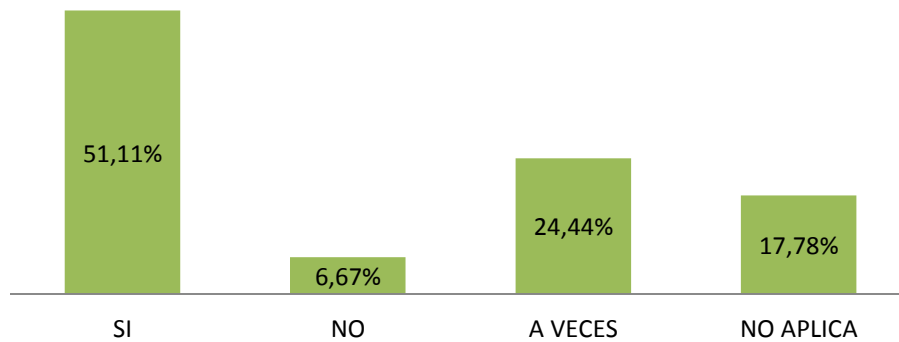
3.4 ¿El equipo prende?

■ Cuenta de ¿El equipo prende?



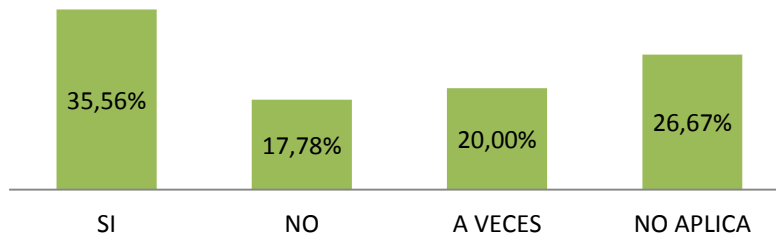
3.5 ¿Tiene papel para imprimir?

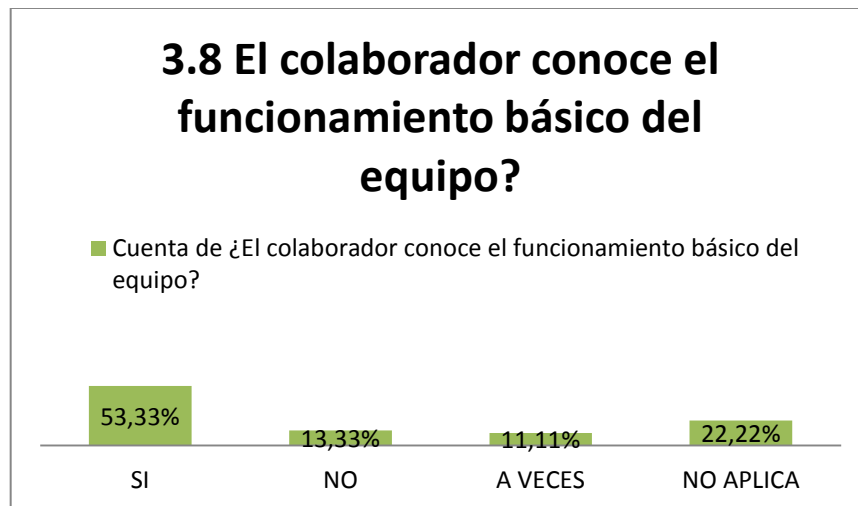
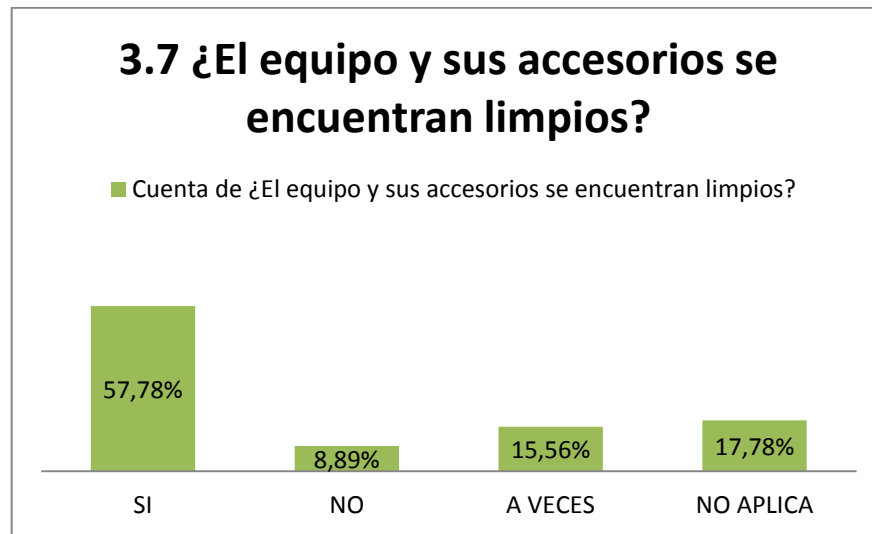
■ Cuenta de ¿Tiene papel para imprimir?



3.6 ¿Tiene sticker del último preventivo y calibración?

■ Cuenta de ¿Tiene sticker del último preventivo y calibración?



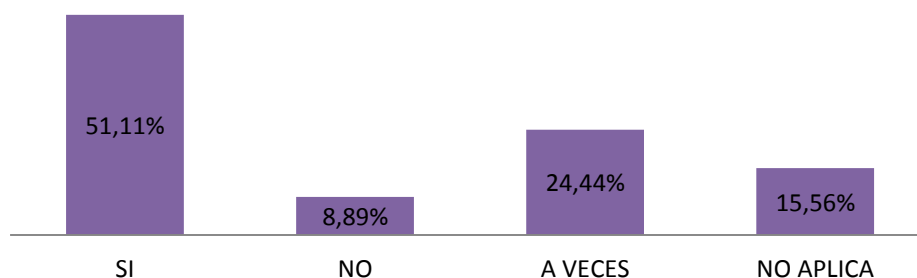


En cuanto a equipos biomédicos se evidencio que un 88,89% El equipo si tiene la batería cargada (gráfica 3.1); un 57,78% el equipo y sus accesorios si se encuentran limpios (gráfica 3.2); un 57,78% los accesorios si están debidamente recogidos (gráfica 3.3); un 53,33% el colaborador si conoce el funcionamiento básico del equipo (gráfica 3.4) un 51,11% el equipo si tienen papel para imprimir (gráfica 3.5); un 48,89% el equipo si prende (gráfica 3.6); un 46,67% el Equipo si está conectado a la toma (gráfica 3.7); y un 35,56% el equipo si tiene sticker del ultimo preventivo y calibración (gráfica 3.8).

4. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

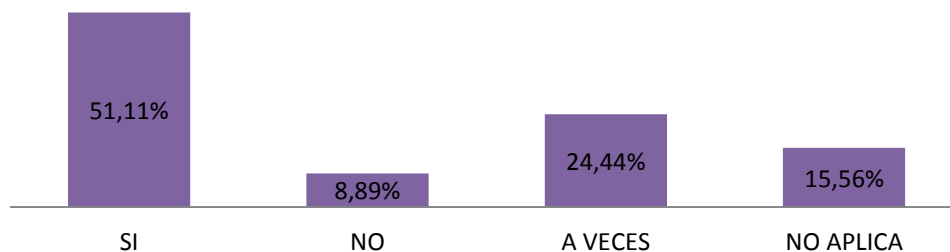
4.1 ¿Existe el recambio de cateter venoso cada 72 horas?

■ Cuenta de ¿Existe el recambio de cateter venoso cada 72 horas?



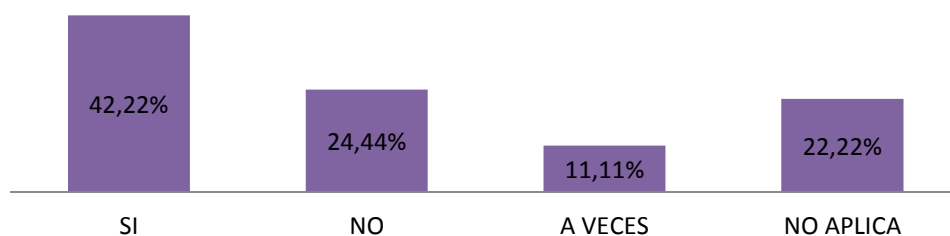
4.2 ¿Existe el registro de recambio de equipos?

■ Cuenta de ¿Existe el registro de recambio de equipos?



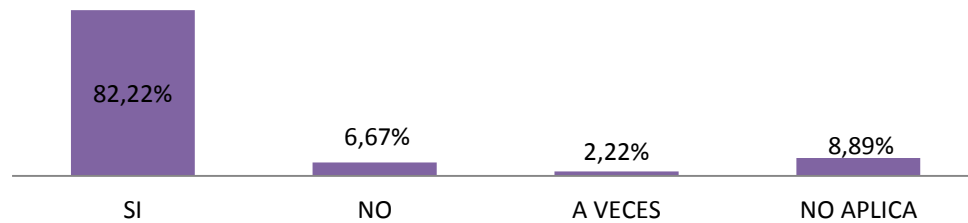
4.3 ¿Existe el registro de recambio de equipos?

■ Cuenta de ¿Existe el registro de recambio de equipos?



4.4 ¿Dispone de elementos de protección personal(guantes, tapabocas, batas desechables)?

■ Cuenta de ¿Dispone de elementos de protección personal(guantes, tapabocas, batas desechables)?

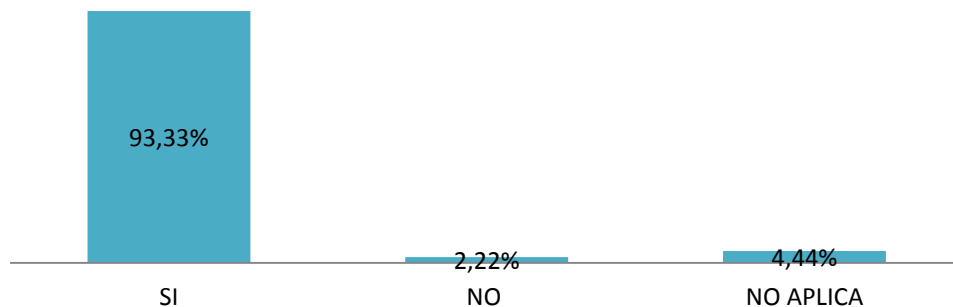


En cuanto a medidas de bioseguridad se evidencio que un 82,22% si dispone de elementos de protección personal (guantes, tapabocas, batas desechables) (gráfica 4.1); un 51,11% considera que si existe el cambio de catéter venoso cada 72 horas (gráfica 4.2); un 51,11% considera que si existe el registro de cambio de equipos (gráfica 4.3); y un 42,22% considera que si existe el registro de recambio de equipo (gráfica 4.4).

5. LAVADO DE MANOS

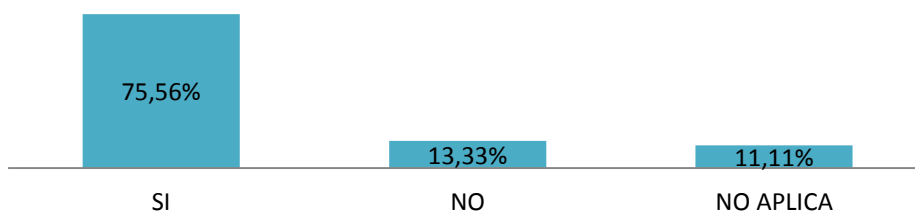
5.1 ¿Aplica los cinco momentos para el lavado de las manos?

■ Cuenta de ¿Aplica los cinco momentos para el lavado de lasmanos?



5.2 Existen mensajes que promuevan el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?

■ Cuenta de ¿Existen mensajes que promuevan el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?

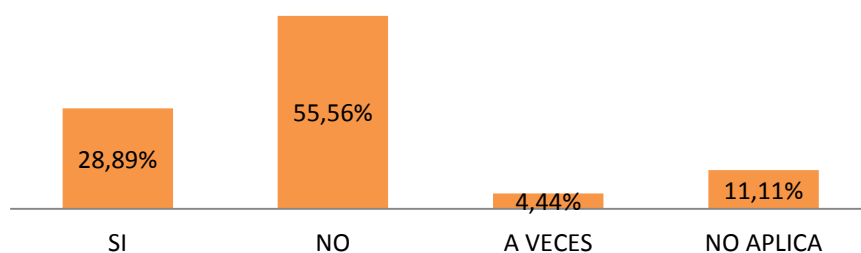


En cuanto a el lavado de manos se evidencio que un 93,33% aplica los cinco momentos para el lavado de manos (gráfica 5.1); y un 75,54% considera que si existen mensajes que proporcionen el lavado de manos entre los visitante del servicios hospitalario (gráfica 5.2).

6. OTROS

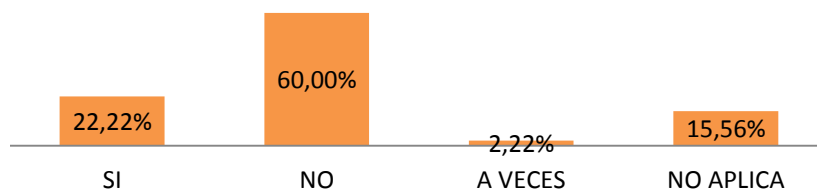
6.1 ¿Hay casos de infecciones intrahospitalarias?

■ Cuenta de ¿Hay casos de infecciones intrahospitalarias?



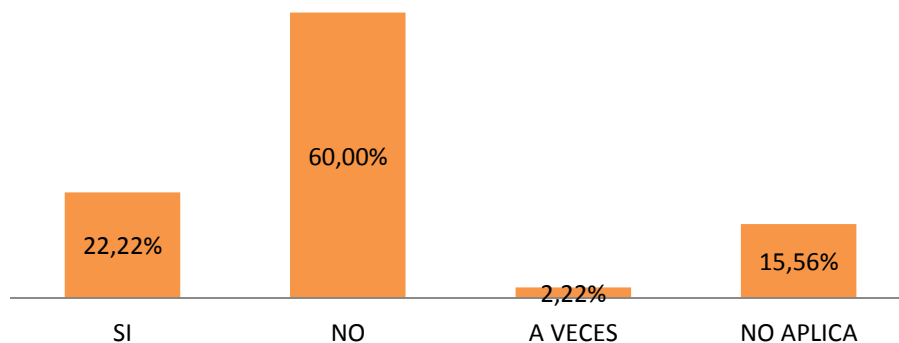
6.2 Infección urinaria asociada al catéter urinario

■ Cuenta de Infección urinaria asociada al catéter urinario



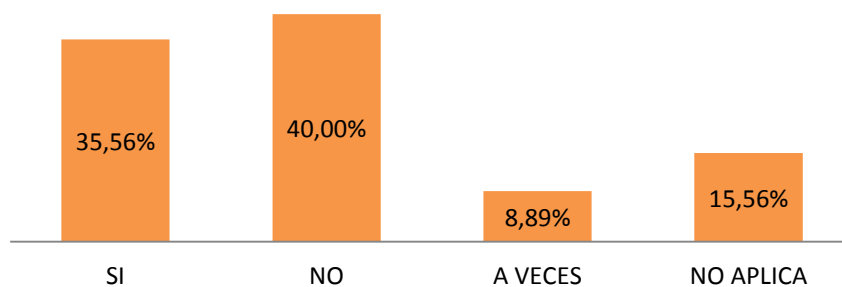
6.3 Sepsis

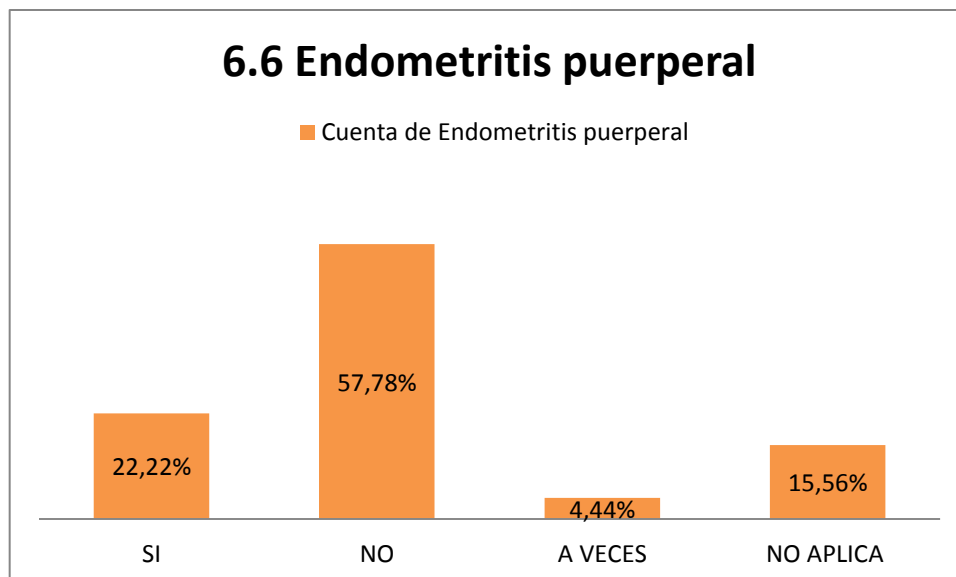
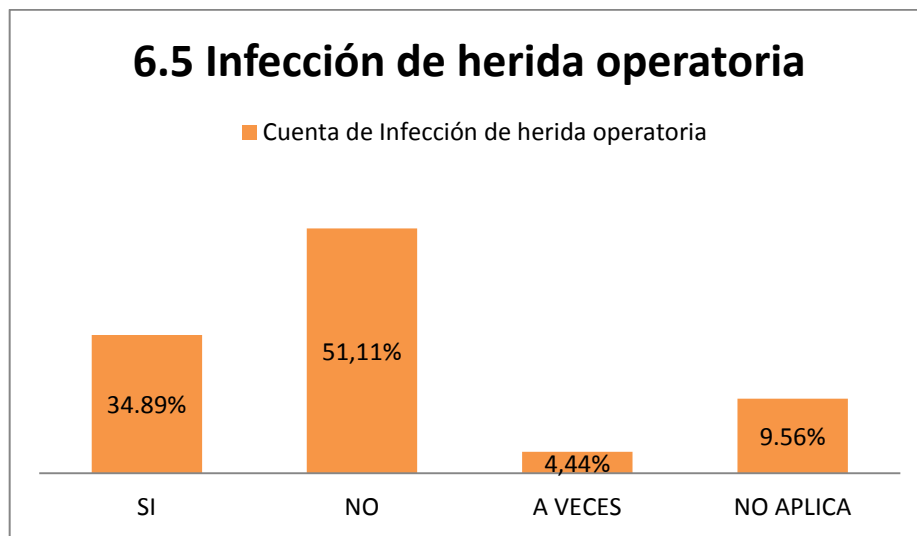
■ Cuenta de Sepsis



6.4 Neumonía

■ Cuenta de Neumonía



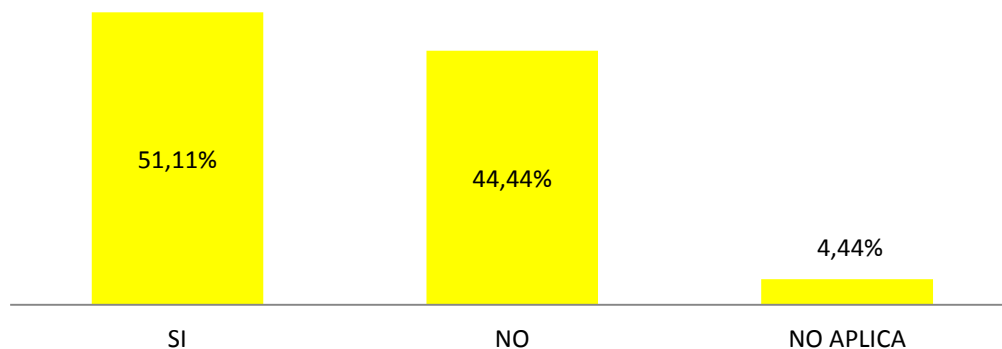


En cuanto a otros se evidencio que un 60,00% considera que no hay infecciones urinarias asociadas al catéter urinario (gráfica 6.1); un 60.00% considera que no se presenta sepsis (gráfica 6.2); un 57,78% considera que no se presenta endometritis puerperal (gráfica 6.3); un 55,56% considera que no hay casos de infecciones intrahospitalarias (gráfica 6.4); un 51,11% considera que no se presenta infecciones de heridas operatorias (gráfica 6.5); y un 40,00% considera que no se presenta neumonía (gráfica 6.6).

7. SEÑALIZACION

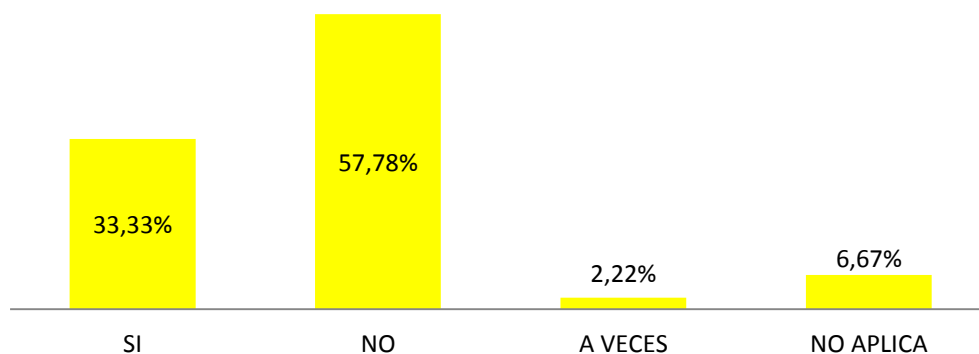
7.1 Están señalizadas las rutas de evacuación?

■ Cuenta de ¿Están señalizadas las rutas de evacuación?



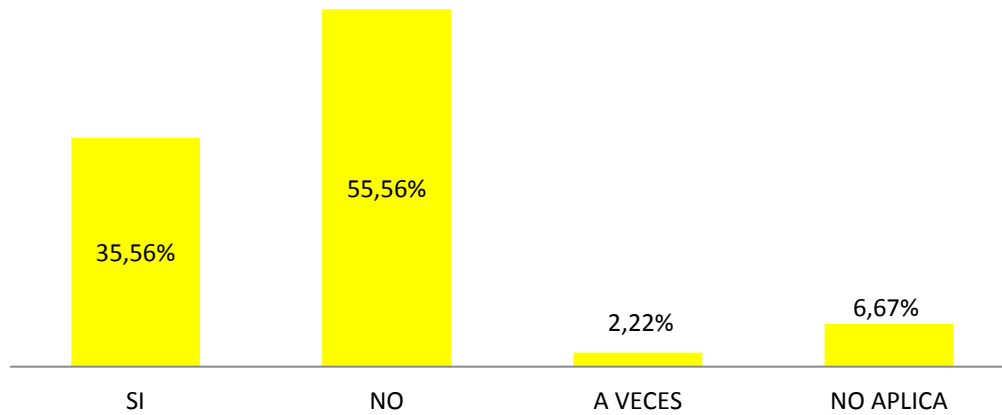
7.2 ¿Están señalizadas las áreas de fluido eléctrico?

■ Cuenta de ¿Están señalizadas las áreas de fluido eléctrico?



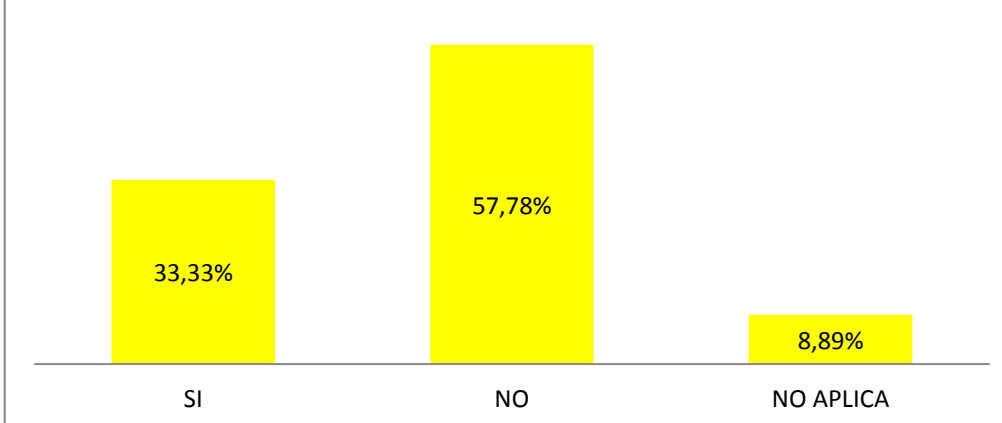
7.3 ¿Se cuenta y conocen el plan de emergencia institucional?

■ Cuenta de ¿Se cuenta y conocen el plan de emergencia institucional?



7.4 ¿Existe alarma contra incendios?

■ Cuenta de ¿Existe alarma contra incendios?

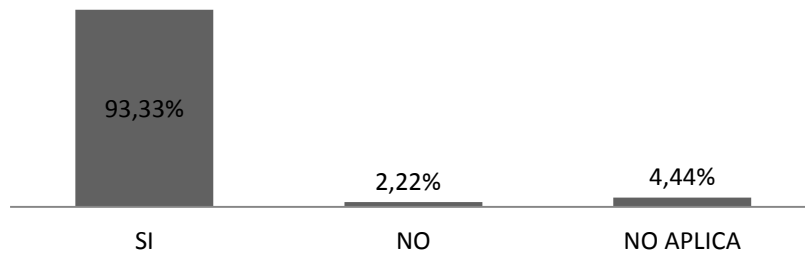


En cuanto a la señalización se encontró que un 57.78% manifiesta que no existe alarmas contra incendios (gráfica 7.1); un 57.78% expresa que las rutas de fluido eléctrico no se encuentran debidamente señalizadas (gráfica 7.2); en cuanto al plan de emergencias un 55,56% no tiene conocimiento de este (gráfica 7.3); y un 51,11% manifiesta que las rutas de evacuación si están señalizadas (gráfica 7

8. DISPOSICION DE RESIDUOS

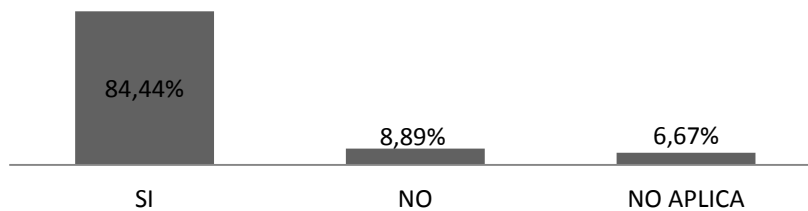
8.1 ¿Uso de recipientes para elementos corto punzantes?

■ Cuenta de ¿Uso de recipientes para elementos corto punzantes?



8.2 ¿Ubicación adecuada para recipiente para corto punzantes?

■ Cuenta de ¿Ubicación adecuada para recipiente para corto punzantes?



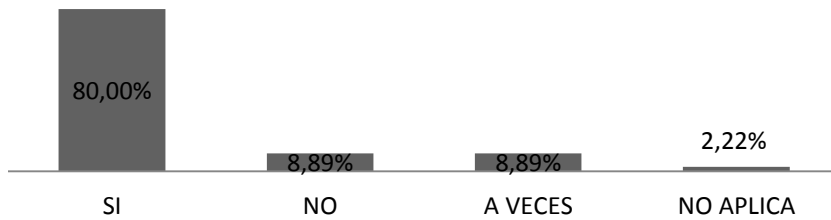
8.3 ¿Uso de bolsas rojas para material contaminado o peligroso?

■ Cuenta de ¿Uso de bolsas rojas para material contaminado o peligroso?



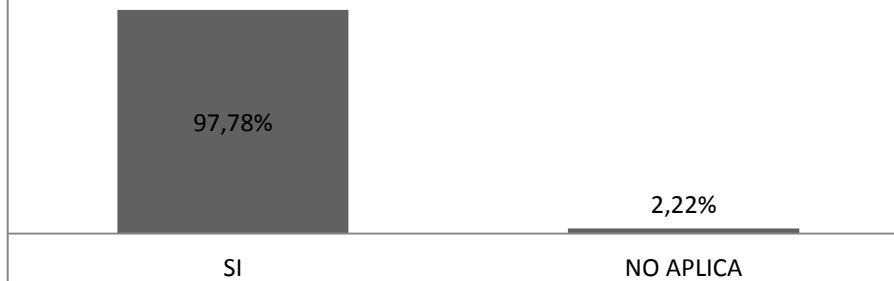
8.4 ¿Uso de bolsas grises para material reciclable?

■ Cuenta de ¿Uso de bolsas grises para material reciclable?



8.5 ¿Uso de bolsas verdes para material no peligroso?

■ Cuenta de ¿Uso de bolsas verdes para material no peligroso?

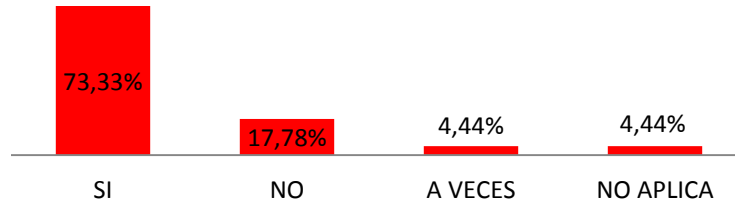


En cuanto al disposición de residuos encontramos que un 97.78% dice usar bolsas verdes para materiales no peligrosos (gráfica 8.1); un 93.33% manifiesta usar recipientes para elementos cortopunzantes (gráfica 8.2); en cuanto el uso de blsas rojas se encontro que un 91,11% expresa usarlas para elementos peligrosos (gráfoca 8.3); un 84,44% manifiesta que el recipiente de elementos cortopunzantes se encuentra en una ubicación adecuada (gráfica 8.4);y un 80,00% manifiesta usar bolsas grises para materiales resciclables (gráfica 8.5).

9. CARRO DE PARO

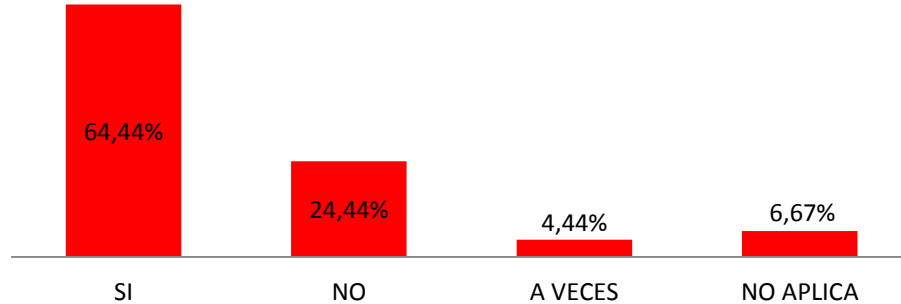
9.1 ¿El carro de paro se encuentra bajo llave?

■ Cuenta de ¿El carro de paro se encuentra bajo llave?



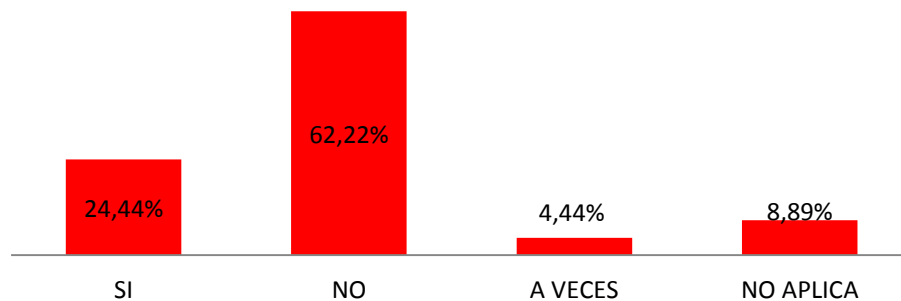
9.2 ¿Se realiza inventario de carro de paro?

■ Cuenta de ¿Se realiza inventario de carro de paro?



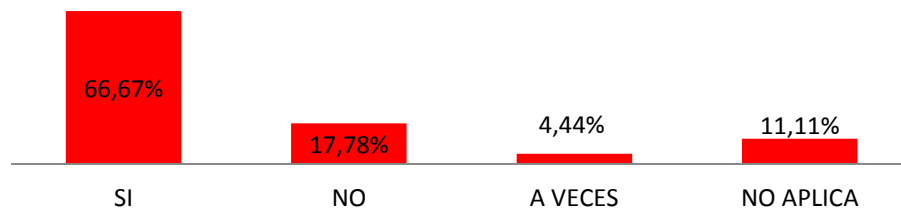
9.3 ¿Los medicamentos y materiales en uso se encuentran vencidos?

■ Cuenta de ¿Los medicamentos y materiales en uso se encuentran vencidos?



9.4 ¿Los equipos biomédicos del carro de paro se encuentran en funcionamiento?

■ Cuenta de ¿Los equipos biomédicos del carro de paro se encuentran en funcionamiento?

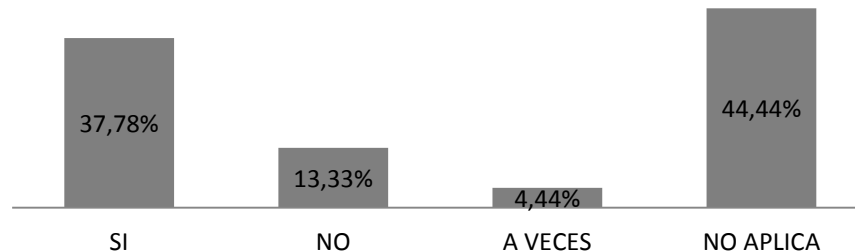


En cuanto al carro de paro encontramos que, un 73,33% manifiesta que el carro de paro se encuentra bajo llave (gráfica 9.1); un 66,67% manifiesta que el los equipos biomédicos se encuentran en funcionamiento (gráfica 9.2); un 64,44% expresa que se realiza inventario del carro de paro (gráfica 9.3); en cuanto a la fecha de vencimiento de los materiales y medicamentos encontramos que un 62,22% de los encuestados manifiestan que estos no se encuentran vencidos (gráfica 9.4)

10. AMBULANCIA

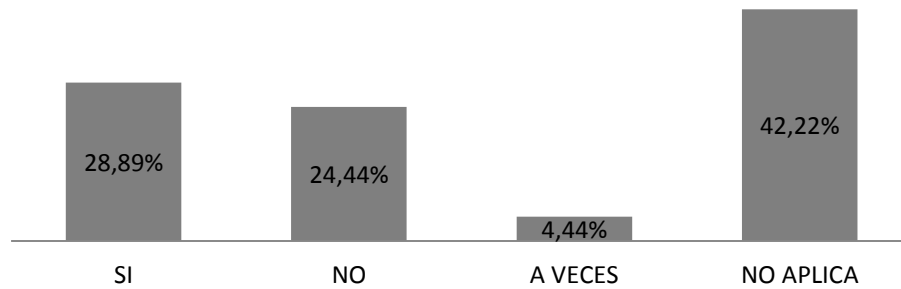
10.1 ¿Se realiza inventario de las ambulancias?

■ Cuenta de ¿Se realiza inventario de las ambulancias?



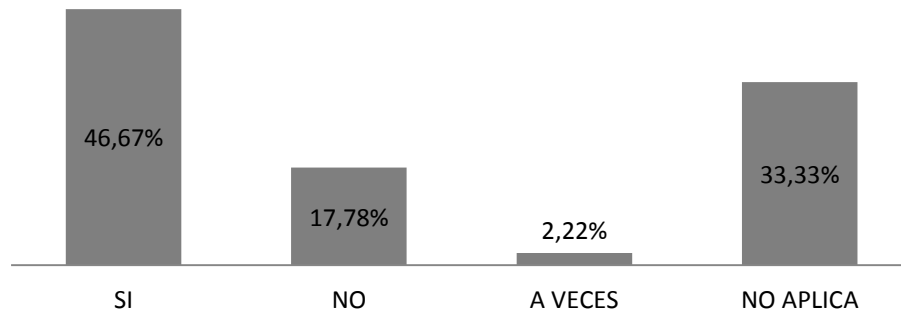
10.2 ¿Los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos?

■ Cuenta de ¿Los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos?



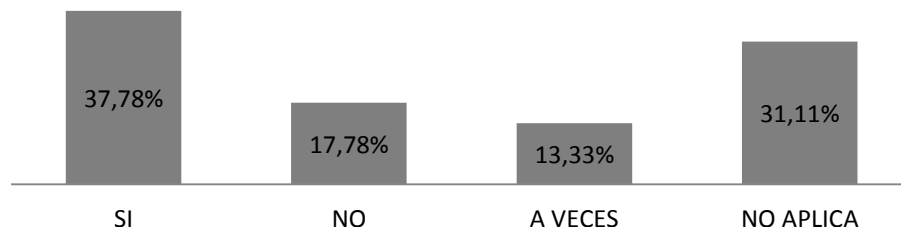
10.3 ¿Cuenta con camilla y cinturones en buen estado?

■ Cuenta de ¿Cuenta con camilla y cinturones en buen estado?



10.4 ¿La ambulancia cuenta con elementos para la higienización de las manos?

■ Cuenta de ¿La ambulancia cuenta con elementos para la higienización de las manos?

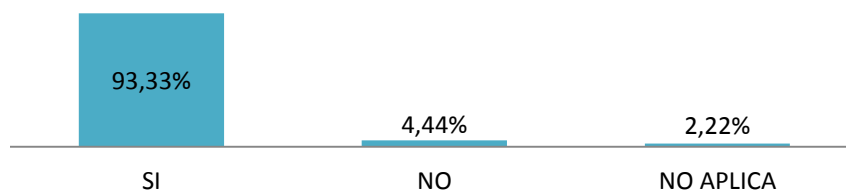


En el ítem de ambulancia encontramos que, un 46,67% manifiestan que la ambulancia cuenta con camillas y cinturones en buen estado (gráfica 10.1); un 44,44% responde que no aplica a la pregunta ¿se hace inventario de la ambulancia? (gráfica 10.2); un 42,22% responde no aplica a la pregunta ¿los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos? (gráfica 10.3); y un 37,78 manifiesta que la ambulancia si cuenta con elementos para la higienización (gráfica 10.4).

11. MANEJO DE LA FARMACOLOGÍA PSIQUIATRICA

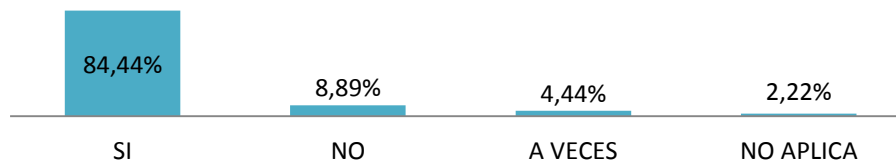
11.1 ¿Conoce los diferentes grupos de medicamentos psiquiátricos (horarios, cuidados de enfermería, indicaciones, contraindicaciones)?

■ Cuenta de Conoce los diferentes grupos de medicamentos psiquiátricos (horarios, cuidados de enfermería, indicaciones, contraindicaciones)



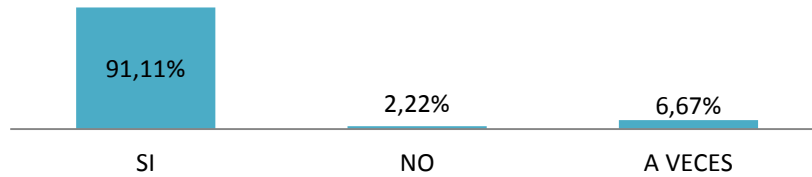
11.2 ¿Identifica claramente los efectos adversos de los psicofármacos y toma medidas inmediatas de control y/o atención?

■ Cuenta de Identifica claramente los efectos adversos de los psicofármacos y toma medidas inmediatas de control y/o atención



11.3¿Orienta al paciente y a la familia en el uso medicación prescrita?

■ Cuenta de Orienta al paciente y a la familia en el uso medicación prescrita



En cuanto a las preguntas sobre manejo de la farmacología psiquiátrica encontramos los siguiente dato, un 93.33% expresa que si conocen los diferentes grupos de medicamentos (horarios, cuidados de enfermería, indicaciones y contraindicaciones) (gráfica 11.1); un 91,11% manifiesta que si orientan al paciente y a la familia en el uso de la medicaciones prescrita (gráfica 11.2); un 84,44% asegura que si identifica claramente los efectos adversos de los psicofármacos y toma medidas inmediatas de control y/o atención (gráfica 11.3).

12. SUJECCIÓN MECANICA O RESTRICCIÓN FISICA

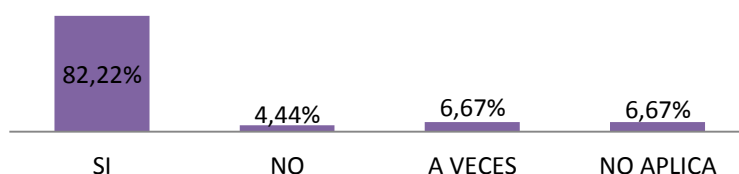
12.1 ¿Se Ofrece alimentos y líquidos al paciente?

■ Cuenta de Se Ofrece alimentos y líquidos al paciente.



12.2 ¿Ayuda al paciente en la higiene personal?

■ Cuenta de Ayuda al paciente en la higiene personal.



12.4 ¿Revisa periódicamente el estado de la inmovilización por seguridad y comodidad del paciente?.

■ Cuenta de Revisa periódicamente el estado de la inmovilización por seguridad y comodidad del paciente.



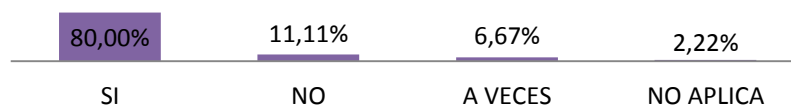
12.5 ¿Asiste al paciente durante la eliminación: acompañarlo al baño o proporcionarle un recipiente (pato, orinal)?.

■ Cuenta de Asiste al paciente durante la eliminación: acompañarlo al baño o proporcionarle un recipiente (pato, orinal).



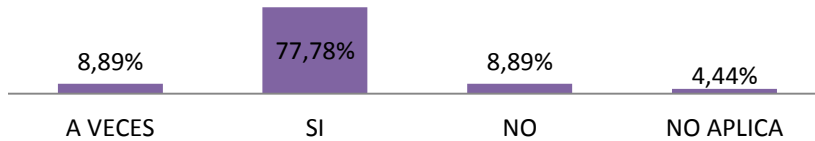
12.6 ¿Se realiza cambios de posición frecuentes, ejercicios pasivos y masajes?

■ Cuenta de Se realiza cambios de posición frecuentes, ejercicios pasivos y masajes



12.7 ¿Eleva puntos o zonas de presión para evitar úlceras por decúbito?

■ Cuenta de Eleva puntos o zonas de presión para evitar úlceras por decúbito



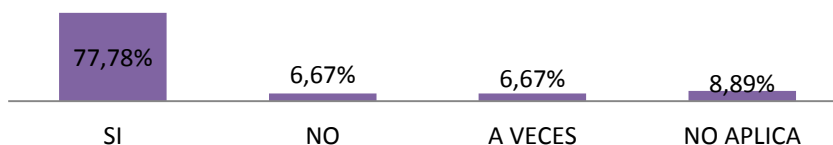
12.8 ¿Protege al paciente de agentes físicos durante el periodo de inmovilización como: calor, frio, insectos, humedad, etc?.

■ Cuenta de Protege al paciente de agentes físicos durante el periodo de inmovilización como: calor, frio, insectos, humedad, etc.



12.9 ¿Realiza el control de constantes vitales (TA. FC. FR. T°) cada dos horas?

■ Cuenta de Realiza el control de constantes vitales (TA. FC. FR. T°) cada dos horas



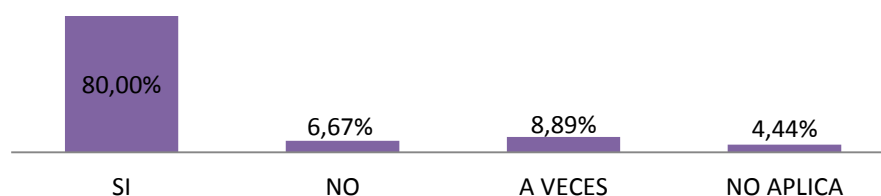
12.10 ¿Valora el estado neurológico del paciente incluyendo: conciencia, orientación, percepción, pensamiento, lenguaje, memoria, introspección y juicio?.

■ Cuenta de Valora el estado neurológico del paciente incluyendo: conciencia, orientación, percepción, pensamiento, lenguaje, memoria, introspección y juicio.



12.11 ¿Realiza valoración física céfalo-caudal por turno en busca de alteraciones y/o complicaciones?

■ Cuenta de Realiza valoración física céfalo-caudal por turno en busca de alteraciones y/o complicaciones



En cuanto al ítem sujeción mecánica o restricción física encontramos que, un 88,89% manifiesta asistir al paciente en la eliminación (gráfica 12.1); un 84,44% expresa hacer valoración neurológica del paciente incluido estado de conciencia orientación, percepción, pensamiento lenguaje memoria, introspección y juicio (gráfica 12.2); un 84,44% manifiesta que si se preserva

la intimidad del paciente (gráfica 12.3); un 82.22% expresa que si se ayuda al paciente en la higiene.

personal (gráfica 12.4); un 80,00% expresa que si se realiza valoración física cefalo-caudal por turno en busca de alteraciones y/o complicaciones (gráfica 12.5); un 80,00% expresa que si se protege al paciente de agentes físicos durante el periodo de inmovilización (gráfica 12.6); un 80,00% manifiesta que si se realizan cambios de posición frecuentes así como ejercicios pasivos y activos (gráfica 12.7); un 77,78% dice si realizar control de constantes vitales cada dos horas (gráfica 12.8); un 77,78% expresa que si se ofrecen alimentos y líquidos al paciente (gráfica 12.9); mientras que un 77,78% si elevan puntos de presión para evitar úlceras por decúbito (gráfica 12.10); y un 77,78% manifiesta que si se revisan periódicamente las inmovilizaciones por seguridad y comodidad del paciente (gráfica 12.11).

13. PERSONAL ASISTENCIAL

13.1 ¿Identifica a los pacientes con riesgo de suicidio, evasión o agresión?

■ Cuenta de Identifica a los pacientes con riesgo de suicidio, evasión o agresión



13. 2 ¿Previene el consumo de cigarrillo, alcohol y demás sustancias psicoactivas?

■ Cuenta de Previene el consumo de cigarrillo, alcohol y demás sustancias psicoactivas



13.3 ¿Previene agresión física, verbal y violaciones entre pacientes?

■ Cuenta de Previene agresión física, verbal y violaciones entre pacientes



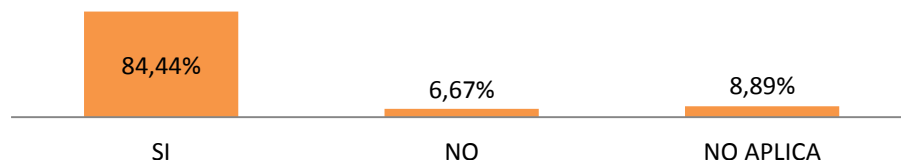
13.4 ¿Revisa con cautela los objetos, alimentos, útiles de aseo y demás pertenencias del paciente que es ingresado por sus familiares, amigos y/o cuidadores durante su...

■ Cuenta de Revisa con cautela los objetos, alimentos, útiles de aseo y demás pertenencias del paciente que es ingresado por sus familiares, amigos y/o cuidadores durante su hospitalización.



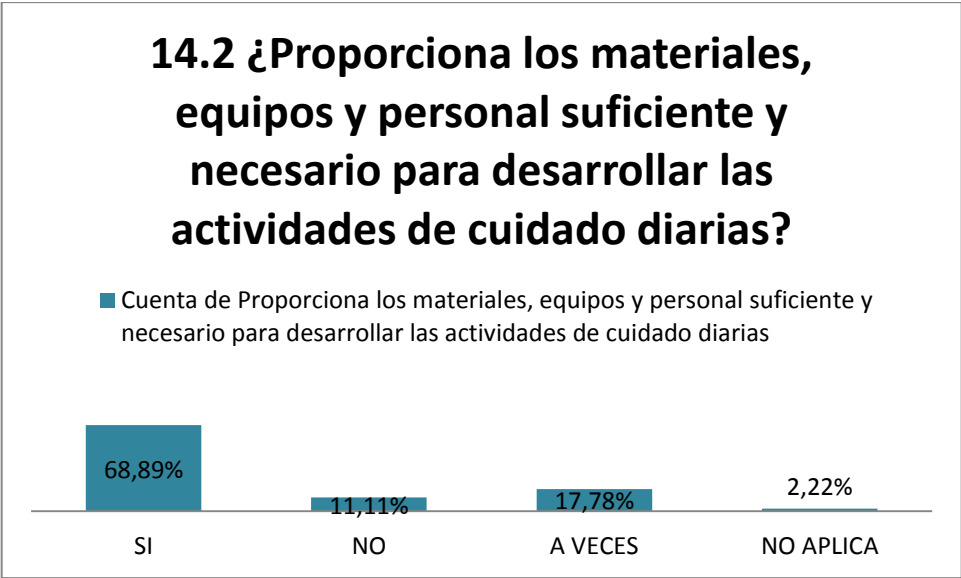
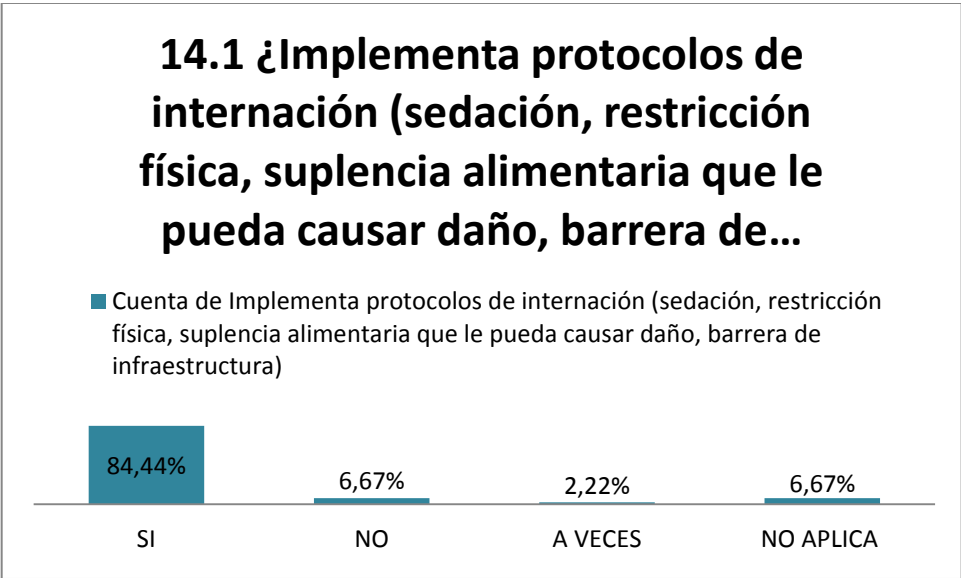
13.5 ¿Ordena paraclínicos de control (Rx, laboratorios, EKG, entre otros) para vigilar posibles efectos adversos de los psicofármacos?

■ Cuenta de Ordena paraclínicos de control (Rx, laboratorios, EKG, entre otros) para vigilar posibles efectos adversos de los psicofármacos



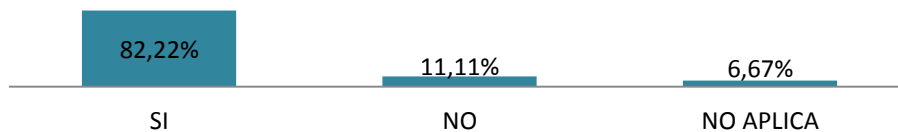
En cuanto al ítem personal asistencial se encontró que, un 95,56% expresa que si identifica a los pacientes con riesgo de suicidios evasión o agresión (gráfica 13.1); mientras que un 95,56% manifiesta que si evitan agresión verbal y violación entre pacientes(gráfica 13.2); un 86,67% si previene el consumo de cigarrillos alcohol y de más sustancias psicoactivas (gráfica 13.3); el 84,44% asegura que si ordena paraclínicos de control (rx, laboratocios, EKG, entre otros) para vigilar posibles efectos adversos de los psicofármacos (gráfica 13.4); y un 84,44% aseguran que si revisan con cautela los objetos, alientos útiles de aseo y demás pertenecías del paciente que es ingresado por familiares amigos y/o cuidadores (gráfica 13.5).

14. INSTITUCIONAL



14.3 ¿Capacita al personal de oficios varios en el manejo y cuidado de los productos de aseo para evitar autolesiones en los pacientes con...

■ Cuenta de Capacita al personal de oficios varios en el manejo y cuidado de los productos de aseo para evitar autolesiones en los pacientes con riesgo suicida o psicóticos



En cuanto a el ítem institucional encontramos, un 84,44% expresa que si implementan protocolos de internación (sedación, restricción física, suplencia alimentaria que le puede causar daño (gráfica 14.1); un 82,22% aseguran que si se capacita al personal de oficios varios en el manejo y cuando los productos de aseo para evitar autolesiones en los pacientes (gráfica 14.2); por ultimo un 68,89% expresan que proporcionan materiales, quipos, y materiales suficientes y necesarios para desarrollar las actividades de cuidado diario (gráfica 14.3).

DISCUSIÓN

El estudio realizado evalúa el manejo de la seguridad del paciente por parte del profesional de salud, mediante una lista de chequeo, donde éste debe indicar las fortalezas y debilidades que se presentan en el servicio de psiquiatría del HUFT, teniendo en cuenta las variables, para su posterior análisis. La hipótesis principal suponía que el personal al realizar el auto-informe, dejaría en evidencia las deficiencias en las distintas actividades del área psiquiátrica.

- No obstante los resultados encontrados no apoyan en su totalidad tal suposición, ya que los trabajadores que sirvieron como verificadores, manipularon la muestra a favor de la buena práctica. Un claro ejemplo de esto son las respuestas dadas en los ítems de:
- Registro en Historia Clínica, donde los porcentajes más elevados muestran que sí se llevan a cabo la implementación de las normas. En un 95.56% se registran la fecha y hora de alta del paciente; 93.33% se registran la fecha y la hora de atención; 91.11% se registra el examen físico.
- Medicamentos, muestran que si se llevan a cabo la implementación de las normas. 86.67% existe un orden en el almacenamiento de los medicamentos; 84.44% almacena adecuadamente los medicamentos; en cuanto si los catéteres están permeables y en circuito cerrado encontramos que. 57.78% lo están. Sin embargo, en el ítem de Medidas de Bioseguridad de 13.33% de los verificadores, considera que el cambio de catéter venoso cada 72 horas se realiza a veces en un 24.44% y no se da en un 8.89% (gráfica 4.2); el 35.55% considera que el registro de cambio de equipos no se da en un 24.44% y se da a veces en un 11.11% (gráfica 4.3); y el ítem de Otros, que alude a los eventos adversos, el 44.45%, señala que los casos de neumonía si se presenta en un 35.56% y se presenta a veces 8.89% (gráfica 6.6). El 33.33% afirma que las infecciones intrahospitalarias si se dan en un 28.89% y se dan a veces en un 4.44%(gráfica 6.1); el 44.45%, indica que se presenta infecciones de heridas operatorias en un 34.89% y a veces se presentan en un 9.56% (gráfica 6.5). Siendo esto contradictorio con lo expresado sobre el buen manejo del registro de historias clínicas y el adecuado almacenamiento y organización de los medicamentos, debido a que un apropiado registro de la atención del paciente, incluiría los cambios de catéter venoso con precisión, siendo este hecho un precursor de futuras afecciones como la flebitis. Hellinger, 18 afirma que las infecciones que por lo general, comienzan en el extremo del catéter que penetra la piel y luego, o se extienden extraluminalmente a lo largo de la superficie del catéter, o aparecen en el lumen del catéter, extendiéndose intraluminalmente hacia la corriente sanguínea. Muy rara vez estas infecciones se inician por siembra hematógena en la porción intravascular del catéter; más raramente aún, pueden aparecer por infección de la solución infundida a través del catéter.

Los organismos que con mayor frecuencia producen estas infecciones son los siguientes, en frecuencia descendente:

- Staphylococcus: Staphylococcus coagulasa (-), Staphylococcus aureus
- Bacilos gramnegativos aerobios

- Candidasp.
- Enterococcus
- Por otro lado el ítem de señalización revela el incorrecto uso en cuanto a la señalización se encontró que un 57.78% manifiesta que no existe alarmas contra incendios (gráfica 7.1); un 57.78% expresa que las rutas de fluido eléctrico no se encuentran debidamente señalizadas (gráfica 7.2); en cuanto al plan de emergencias un 55,56% no tiene conocimiento de este (gráfica 7.3); lo que resulta preocupante pues éstas tienen una gran importancia en primer lugar, porque estos edificios suelen tener estructuras complicadas para quien los desconoce. En segundo lugar, porque los usuarios están enfermos, heridos e inestables o preocupados. Y en tercer lugar, porque las actividades que allí se realizan requieren de circuitos fluidos. Por la particularidad de los visitantes y de las tareas que allí se realizan, la señalización eficaz cumple un rol fundamental dentro de dichos establecimientos: orienta, mantiene el orden, agiliza el tránsito y garantiza la seguridad y la calidad de atención.¹⁹
- En cuanto al ítem de disposición de residuos, encontramos que un 97.78% dice usar bolsas verdes para materiales no peligrosos (gráfica 8.1); un 93.33% manifiesta usar recipientes para elementos cortopunzantes (gráfica 8.2); en cuanto el uso de bolsas rojas, se encontró que un 91,11% expresa usarlas para elementos peligrosos (gráfica 8.3); un 84,44% manifiesta que el recipiente de elementos cortopunzantes se encuentra en una ubicación adecuada (gráfica 8.4);y un 80,00% manifiesta usar bolsas grises para materiales reciclables (gráfica 8.5). Es decir la mayoría del personal encuestado testifica que cumple con el orden para la distribución de residuos hospitalarios, aunque en las instalaciones no se encuentren bien dotadas con los recursos para que este hecho se dé en óptimas condiciones.
- En el ítem de ambulancia encontramos que, un 46,67% manifiestan que la ambulancia cuenta con camillas y cinturones en buen estado (gráfica 10.1); un 44,44% responde que no aplica a la pregunta ¿se hace inventario de la ambulancia? (gráfica 10.2); un 42,22% responde no aplica a la pregunta ¿los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos? (gráfica 10.3); y un 37,78 manifiesta que la ambulancia si cuenta con elementos para la higienización (gráfica 10.4). Lo que deja a la vista que no se cumple en su totalidad con norma técnica de ambulancias de transporte terrestre puesto que menos de la mitad del personal está a favor del debido cumplimiento por estas. Por lo cual el transporte de pacientes se da de forma insegura.
- En cuanto al carro de paro encontramos que, un 73,33% manifiesta que el carro de paro se encuentra bajo llave (gráfica 9.1); un 66,67% manifiesta que los equipos biomédicos se encuentran en funcionamiento (gráfica 9.2); un 64,44% expresa que se realiza inventario del carro de paro (gráfica 9.3); en cuanto a la fecha de vencimiento de los materiales y medicamentos encontramos que un 62,22% de los encuestados manifiestan que estos no se encuentran vencidos (gráfica 9.4). concluyendo que este a pesar de contar con una supervisión, debe reforzar la verificación del estado de los medicamento y dispositivos, responsabilidad de Los Jefes de los servicios conjuntamente con la Enfermera de cada área o piso, quienes se encargan del montaje y solicitud de dotación

inicial, así como de verificar que la reposición de los elementos del carro de paro se solicite de manera inmediata posterior a su uso y que se mantenga permanentemente la dotación completa y la seguridad del carro. Cada vez que se actualicemos contenidos de los carros de paro, deberán revisarlos y ajustarlos a los nuevos listados; mediante la devolución o solicitud específica de los elementos correspondientes (medicamentos e insumos).

CONCLUSIÓN

La seguridad del paciente ha ido tomando auge a nivel mundial, ya que cada vez se interesan más por el cuidado del paciente, gracias al instrumento de estudio aplicado, se logró realizar la evaluación del desempeño del personal a cargo de los pacientes del servicio de psiquiatría, del HUFT de la ciudad de Santa Marta por los estudiantes de enfermería de VIII semestre del 2014 de la Universidad del Magdalena al cual se le reconoce la importancia de implementar en el servicio de psiquiatría, actividades de enfermería encaminadas a el desarrollo y direccionamiento de los cuidados de enfermería brindados a los paciente.

Del estudio realizado se puede establecer, que no se lleva a cabo el adecuado manejo de la seguridad del paciente en el servicio de psiquiatría. De acuerdo con la normatividad establecida por la ley. De esta manera puedo concluir que lograr una atención sanitaria con calidad si bien no es tarea fácil, se puede concientizar al personal de la salud sobre la importancia de la seguridad en el paciente, las actividades y requerimientos básicos que estos precisan, y van de la mano con la implementación de las políticas sanitarias contribuyendo de este modo con el proceso de mejoramiento de la atención en salud.

Realizando el análisis de los datos evaluados en el instrumento nos permitió plantear un diagnóstico o situación observado en el servicio en el que se evidencian debilidades en el personal de salud respecto al cuidado y seguridad prestada al paciente, tales como: poca adherencia al lavado de manos en los 5 momentos específico, exponiéndose a infecciones cruzadas tanto el personal multidisciplinario como los pacientes, es importante que esta falencia puede evitarse al manejar el lavado de mano teniendo en cuenta el protocolo de lavado, actividad que es fundamental en la práctica de enfermería.

Por otra parte, se puede evidenciar el poco mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos, debido a que se cree que el equipo está en óptimas condiciones y no ser así, lo que genera problemas en cuanto al uso de estos instrumentos de gran importancia para el cuidado de los paciente; debido a esto es de gran relevancia e importancia que sea constante la revisión, supervisión, y calibración de estos instrumentos para evitar atrasos y falencias en la prestación de la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

¹Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 [consulta el 13 de mayo de 2015]. Disponible a: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

²Seguridad del Paciente, observatorio de la calidad de la atención en salud [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2014[consulta el 29 de mayo de 2015]. Disponible a: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>

³Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud informes, [Internet]. Estudios e investigación 2008 ministerio de sanidad y consumo. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

⁴Estudio IBEAS Prevalencia de efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica; ministerio de sanidad y política social [Internet]. Informes, estudios e investigación 2010 http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

⁵proyecto seguridad del paciente del hospital psiquiátrico universitario del valle e.s.e [Internet]. Santiago De Cali 2013 <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1>

⁶Organización Mundial de la Salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Internet]. Ediciones de la OMS 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>

⁷Ministerio de salud y protección social. guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Versión 2.2008. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

⁸Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. España. Julio 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf

^{8.1}Seguridad del paciente. https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente

⁹Ministerio de salud. resolución n° 008430 de 1993 [internet]. invima.gov.co. [23 enero 2013; 21 marzo 2016]. disponible en: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>

¹⁰ Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; [internet]. https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Declaracion_Helsinki_2013.pdf

¹¹Kohn, Linda T. et al. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Editado por: National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371, 9780309068376

¹⁴Registro y Seguimiento de las Acciones en Salud [Internet]. Gestión de Servicios de Salud Serie 3 Se publica dentro de ¡Convenio Multilateral Perú - Holanda - Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca en el período 1993 – 1997. APRISABAC <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/33.pdf>.

^{15a}Gestión segura de medicamentos [Internet]. Universidad cooperativa de Colombia. JAMA Vol. 79 N° 18, 1998 Víctor Manuel Vargas Herrera Químico Farmacéutico Auditor servicios de salud. http://www.ucc.edu.co/medellin/prensa/2013/Documents/conferencia_6_28.pdf

^{15b}Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos [Internet]. Universidad autónoma de Bucaramanga; módulo administración de servicios farmacéuticos. http://unab.edupol.com.co/pluginfile.php/7207/mod_resource/content/1/UNIDAD_4%20Recepci%C3%B3n%20y%20almacenamiento%20de%20medicamentos%20y%20dispositivos%20m%C3%A9dicos.pdf

¹⁶Manejo del acceso venoso periférico en urgencias de atención primaria [Internet]. N°13 Mayo - Junio de 2010; Mª Celeste. Concepción. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina9.html>

¹⁷Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental [DOC] Prof. José Antonio de la Torre Brasas. PSICOFARMACOLOGÍA. <https://www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/almacen/tema8%20.doc>

¹⁸Dispositivos médicos y equipos biomédicos [Internet]. Ministerio de salud. El Decreto 4725 de 2005 www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Dispositivos-Medicos-y-Equipos-Biomedicos.aspx

¹⁹Higiene y bioseguridad. 11 DE DICIEMBRE DE 2010 [Internet]; <http://higieneybioseguridad.blogspot.com.co/2010/12/lavado-de-manos.html>

²⁰Enfermería ciencia y arte; lavado de manos quirúrgico [Internet]; martes, 19 de mayo de 2009; Eder Adrian Leyva Meza. <http://eenfermeriauv.blogspot.com.co/2009/05/lavado-de-manos-quirurgico.html>

²¹Infección intrahospitalaria; Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones Intrahospitalarias. [Internet]; www.dssa.gov.co/index.php/descargas/903-infecciones-intrahospitalarias/file

²²RESOLUCION NUMERO 4445 DE 1996 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, [Internet]; en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/RESOLUCIONES/RESOLUCION%25204445%2520DE%25201996%20sds.pdf>

^{23a}manual De Procedimientos Para La Gestión Integral De Residuos Hospitalarios Y Similares En Colombia; [Internet]; Dato suministrado por la Unidad ejecutiva de Servicios Públicos de Bogotá, 1999 MPGIRH <https://www.uis.edu.co/webUIS/es/gestionAmbiental/documentos/manuales/PGIRH%20MinAmbiente.pdf>

^{23b}Manejo de carro de paro y de emergencias vitales; [Internet] 18 nov. 2012 elaborado por Enfermera Sup UEH. <https://www.sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-protocolos/manejo-de-carro-de-paro-y-de-emergencias-vitales>.

²⁴NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729;(Cuarta actualización). [Internet]; 2007-12-12 <http://repository.unac.edu.co/jspui/bitstream/11254/160/20/NORMA%20TECNICA%20COLOMBIANA%203729%20AMBULANCIAS.pdf>

²⁵Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Autor: Ministerio de la Protección Social Noviembre de 2008[consulta 15 de mayo de 2015].Disponible a: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>


²⁶Proyecto Seguridad Del Paciente Del Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E [Internet]. Especialización En Administración En Salud Santiago De Cali 2013 [Consulta El 27 De Mayo De 2015]. Disponible A: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1>

²⁷García, S. J. Estudios descriptivos. Nure Investigación [Internet]. 2004 [citado 14 Feb 2013]; 7:1-3. Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>

²⁸Hernandez, S. R., Fernandez C. C., Baptista L.P. Metodología de la investigación. México: D.F.MC Graw Hill; 2008.

²⁹ARROYO M^a Pilar. “Ética y deontología en enfermería”, en Ética y legislación en enfermería, McGraw-Hill interamericana, 1997.

ANEXOS

 <p style="font-size: 8px;">Hospital Nazareth Calle 10 No. 10-10 Teléfono: 011-222-1111</p>	HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD EXHIBO-LPS/CDM003-4	Fecha de uso: Versión: Página 1 de 2
--	--	--


CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Registro en la Historia Clínica				
¿Se registra la fecha y hora de la atención?				
¿Se registra la Póliza completa?				
¿Se registra la anamnesis, enfermedad actual y motivo principal de la atención?				
¿Se registran los antecedentes?				
¿Se registra el examen físico?				
¿Se registran los diagnósticos?				
¿Se registran los exámenes auxiliares?				
¿Se registra la terapéutica y/o procedimientos?				
¿Se registra Fecha y hora de alta?				
¿Se registra el destino del paciente?				
¿La letra es legible?				
¿Existe orden y pulcritud en la historia clínica?				
¿Se llenan los Formatos de Contrarreferencia en aquellos pacientes pertenecientes a otra jurisdicción?				
Medicamentos:				
¿El almacenamiento de medicamentos es adecuado?				
¿Existe un Orden en el almacenamiento de medicamentos?				
¿Los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados?				
¿Los Medicamentos o materiales en uso están vencidos?				
¿Los catéteres están permeables y en circuito cerrado?				
¿Los catéteres están adecuadamente colocados y fijados?				
¿Las Conexiones están libres de acodaduras?				
¿Se prescriben de manera adecuada medicamentos controlados?				
Equipos Biomédicos				
¿Equipo conectado a la toma?				
¿El equipo tiene la batería cargada?				
¿Los accesorios están debidamente recogidos?				
¿El equipo prende?				
¿Tiene papel para imprimir?				
¿Tiene sticker del último preventivo y calibración?				
¿El equipo y sus accesorios se encuentran limpios?				
¿El colaborador conoce el funcionamiento básico?				



HOSPITAL NAZARETH I NIVEL
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD
 (THERO-4-PJOC-NIVEL-I)

Fecha de inicio:
 Fecha de fin:
 Página 1 de 1

Medidas de bioseguridad				
¿Existe registro de recambio de cables venozos cada 72 horas?				
¿Existe registro de recambio de equipos?				
¿Existen de elementos de protección personal (guantes, tapabocas, batas desechables)?				
Lavado de manos:				
¿Aplica los cinco momentos para el lavado de manos? - Antes del contacto con el paciente. - Antes de realizar una tarea aséptica. - Después de la exposición a fluidos corporales. - Después del contacto con el paciente. - Después con el contacto del entorno del paciente.				
¿Existen manifiestos que promuevan en el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?				
Otros:				
¿Hay casos de Infecciones Intrahospitalarias?				
Infección Urinaria asociada a catéter urinario				
Sepsis				
Neumonías				
Infección de herida operatoria				
Endocarditis puerperal				
Señalización:				
¿Están señalizados los rutas de evacuación?				
¿Están señalizados los áreas de fondo eléctrico?				
¿Se cuenta y conocen el plan de emergencia institucional?				
¿Existe alarma contra-incendios?				
Disposición de residuos:				
¿Uso de Recipientes para elementos cortos punzantes?				
¿Ubicación adecuada del recipiente para cortos punzantes?				
¿Uso de Botas rojas para material Contaminado o peligroso?				
¿Uso de Botas verdes para material reciclable?				
¿Uso de Botas azules para material no peligroso?				



HOSPITAL NAZARETH I NIVEL
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD
 (THERO-4-PJOC-NIVEL-I)

Fecha de inicio:
 Fecha de fin:
 Página 2 de 1

Carril de Paso:				
¿El carril de paso se encuentra bajo llave?				
¿Se realiza inventario de carril de paso?				
¿Los medicamentos y materiales en uso se encuentran vencidos?				
¿Los estudios biomédicos del carril de paso se encuentran en funcionamiento?				
Ambulancia				
¿La ambulancia cuenta con elementos para la higienización de manos?				
¿Se realiza inventario de las ambulancias?				
¿Los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos?				
¿Cuenta con camilla y cinturones en buen estado?				

Institución: _____

Servicio: _____

Cargo: _____

CARACTERISTICAS A EXPLORAR	SI	NO	A VECES	OBSERVACIONES
Registro en la Historia Clínica				
¿Se registra la fecha y hora de la atención?				
¿Se registra la Foliación completa?				
¿Se registra la anamnesis, enfermedad actual y Motivo principal de la atención?				
¿Se registran los antecedentes?				
¿Se registra el examen físico?				
¿Se registran los diagnósticos?				
¿Se registran los exámenes auxiliares?				
¿Se registra la terapéutica y/o procedimientos?				
¿Se registra Fecha y hora de alta?				
¿Se registra el destino del paciente?				
¿La letra es legible?				
¿Existe orden y pulcritud en la historia clínica?				
¿Se llenan los Formatos de Contrarreferencia en Aquellos pacientes pertenecientes a otra jurisdicción?				
Medicamentos:				
¿El almacenamiento de medicamentos es adecuado?				
¿Existe un Orden en el almacenamiento de medicamentos?				
¿Los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados?				
¿Los Medicamentos o materiales en uso están vencidos?				
¿Los catéteres están permeables y en circuito cerrado?				
¿Los catéteres están adecuadamente colocados y fijados?				
¿Las Conexiones están libres de acodaduras?				
¿Se prescriben de manera adecuada medicamentos controlados?				
Equipos Biomédicos				
¿Equipo conectado a la toma?				
¿El equipo tiene la bacteria cargada?				
¿Los accesorios están debidamente recogidos?				
¿El equipo prende?				
¿Tiene papel para imprimir?				
¿Tienes tiker del ultimo preventivo y calibración?				
¿El equipo y sus accesorios se encuentran limpios?				
¿El colaborador conoce el funcionamiento básico del equipo?				

Medidas de bioseguridad:				
---------------------------------	--	--	--	--

¿Existe registro de recambio de catéter venoso cada 72 horas?				
¿Existe registro de recambio de equipos?				
¿Dispone de elementos de protección personal (guantes, tapabocas, batas desechables)?				
Lavado de manos:				
¿Aplica los cinco momentos para el lavado de manos? - Antes del contacto con el paciente. - Antes de realiza una tarea aséptica. - Después de la exposición a fluidos corporales. - Después del contacto con el paciente. - Después con el contacto del entorno del paciente.				
¿Existen mensajes que promoción en el lavado de manos entre los visitantes de los servicios hospitalarios?				
Otros:				
¿Hay casos de Infecciones Intrahospitalarias?:				
Infección Urinaria asociada a catéter urinario				
Sepsis				
Neumonía				
Infección de herida operatoria				
Endometritis puerperal				
Señalización:				
¿Están señalizadas las rutas de evacuación?				
¿Están señalizadas las áreas de fluido eléctrico?				
¿Se cuenta y conocen el plan de emergencia institucional?				
¿Existe alarma contra-incendios?				
Disposición de residuos:				
¿Uso de Recipientes para elementos corto punzantes?				
¿Ubicación adecuada del recipiente para cortos punzantes?				
¿Uso de Bolsas rojas para material Contaminado o peligroso?				
¿Uso de Bolsas grises para material reciclable?				
¿Uso de Bolsas verdes para material no peligroso?				

Carro de Paro:				
¿El carro de paro se encuentra bajo llave?				
¿Se realiza inventario de carro de paro?				
¿Los medicamentos y materiales en uso se encuentran vencidos?				
¿Los equipos biomédicos del carro de paro se encuentran en funcionamiento?				
Ambulancia				
¿La ambulancia cuenta con elementos para la higienización de manos?				
¿Se realiza inventario de las ambulancias?				
¿Los equipos y elementos en uso se encuentran vencidos?				
¿Cuenta con Camilla y cinturones en buen				
Sujeción Mecánica o Restricción Física				
Se Ofrece alimentos y líquidos al paciente.				
Ayuda al paciente en la higiene personal.				
Se Preserva la intimidad del paciente				
Revisa periódicamente el estado de la inmovilización por seguridad y comodidad del paciente.				
Asiste al paciente durante la eliminación: acompañarlo al baño o proporcionarle un recipiente (pato, orinal).				
Se realiza cambios de posición frecuentes, ejercicios pasivos y masajes				
Eleva puntos o zonas de presión para evitar úlceras por decúbito				
Protege al paciente de agentes físicos durante el periodo de inmovilización como: calor, frío, insectos, humedad, etc.				
Realiza el control de constantes vitales (TA. FC. FR. T°) cada dos horas				
Valora el estado neurológico del paciente incluyendo: conciencia, orientación, percepción, pensamiento, lenguaje, memoria, introspección y juicio.				
Realiza valoración física céfalo-caudal por turno en busca de alteraciones y/o complicaciones				
Manejo de la farmacología psiquiátrica				
Conoce los diferentes grupos de medicamentos psiquiátricos (horarios, cuidados de enfermería, indicaciones, contraindicaciones)				
Identifica claramente los efectos adversos de los psicofármacos y toma medidas inmediatas de control y/o atención				
Orienta al paciente y a la familia en el uso medicación prescrita				

Personal Asistencial				
Identifica a los pacientes con riesgo de suicidio, evasión o agresión				
Previene el consumo de cigarrillo, alcohol y demás sustancias psicoactivas				
Previene agresión física, verbal y violaciones entre pacientes				
Revisa con cautela los objetos, alimentos, útiles de aseo y demás pertenencias del paciente que es ingresado por sus familiares, amigos y/o cuidadores durante su hospitalización.				
Ordena paraclínicos de control (Rx, laboratorios, EKG, entre otros) para vigilar posibles efectos adversos de los psicofármacos				
Institucional				
Implementa protocolos de internación (sedación, restricción física, suplencia alimentaria que le pueda causar daño, barrera de infraestructura)				
Proporciona los materiales, equipos y personal suficiente y necesario para desarrollar las actividades de cuidado diarias				
Capacita al personal de oficios varios en el manejo y cuidado de los productos de aseo para evitar autolesiones en los pacientes con riesgo suicida o psicóticos				

ACTA DE COMPROMISO DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA: _____ **HORA DE INICIO:** _____ **HORA DE TERMINACION:** _____

SERVICIO: _____

EQUIPO:

PRACTICAS INSEGURAS IDENTIFICADAS:

_____.

COMPROMISOS:

_____.

PLAZO PARA MODIFICAR: _____

RESPONSIBLE: _____.

RECOMENDACIONES:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____.